M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

SEE FOLLOWING NOTE

PLEASE NOTE THAT PAGINATION APPEARS IRREGULAR, BUT THE TEXT IS COMPLETE.

☑ THIS DOCUMENT MAY BE INCOMPLETE OR PARTLY ILLEGIBLE. NO BETTER COPIES ARE AVAILABLE, MICROMEDIA HAS DECIDED TO FILM THE DOCUMENT FOR ARCHIVAL PURPOSES

VOIR NOTE CI-APRÉS

☐ VEUILLEZ NOTER QUE LA PAGINATION EST ERRONEÉ MAIS LE TEXTE EST INTÉGRAL.

☑ CE DOCUMENT N'EST PAS COMPLETE ET/OU EST EN PARTIE ILLISIBLE. MEILLEURS ÇOPIES N'EXISTENT PAS DONC MICROMEDIA A DECIDE DE FILMER LE DOCUMENT POUR LES BESOINS DES ARCHIVES.

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
tel: (416) 362-5211
toll free: 1-800-387-2689
fax: (416) 362-6161
web: www.micromedia.ca

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007

Québec

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007

Juin 2004

106-01731/

Le « Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 » a été élaboré par la Direction de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.

En collaboration avec :

Les CLSC, CLSC-CHSLD et Centres de santé
Les CHSGS
Les Commissions médicale, infirmière et multidisciplinaire régionales
Le Département régional de médecine générale
La Table régionale des organismes communautaires de Chaudière-Appalaches, les organismes communautaires régionaux et les associations régionales d'organismes locaux

Sous la direction de :

M. Philippe Lessard, directeur de santé publique

Le comité de rédaction était formé de :

François Cloutier
Diane Morin
Jacques Samson
Alain Turbide
Jean-Pierre Vigneault

La révision des textes a été effectuée par :

Lorette Bolduc

La mise en page et la conception graphique de la page couverture ont été réalisées par :

Richard Ouellette, infographiste

La publication du document et la diffusion sont sous la responsabilité de :

Denis Olivier
Julie Gilbert

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Document déposé à Santécom (http://www.santecom.qc.ca/): 12-2004-007

ISBN 2-89548-180-6

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Mot du directeur et remerciements

L'élaboration de ce premier Plan d'action de santé publique en Chaudière-Appalaches n'aurait pu se réaliser à l'intérieur des échéanciers prévus sans la contribution significative de plusieurs personnes, organismes et établissements. Ainsi, le processus de consultation réalisé a permis de rejoindre les organisations ou groupes suivants et je tiens à remercier les personnes qui ont répondu à notre appel, notamment :

- Les intervenants, cadres intermédiaires, directeurs généraux et directrices générales des établissements avec mission CLSC de la région.
- Les membres des commission médicale, commission infirmière et commission multidisciplinaire régionales.
- Les membres du département régional de médecine générale.
- Les directeurs et directrices des services professionnels ainsi que des services infirmiers des établissements hospitaliers de la région.
- Les représentants des organismes communautaires régionaux, sous-régionaux ou des associations régionales d'organismes locaux.

Des partenaires d'autres secteurs de la société qui peuvent, par leur action, contribuer à l'atteinte des objectifs de notre plan d'action, ont également été consultés. Je veux, par la présente, souligner particulièrement la contribution de représentants de la direction régionale du ministère de l'Éducation et des commissions scolaires de la région dont les commentaires furent très appréciés. Je souhaite remercier également les directions régionales du ministère de l'Environnement, ainsi que de la Commission de la santé et sécurité du travail.

La contribution significative des professionnels et médecins ainsi que celle de l'ensemble des cadres intermédiaires de ma direction a permis de produire ce plan d'action dont la région peut être fière. Je les en remercie infiniment. J'adresse un merci particulier à M^me^ Lorette Bolduc et M. François Cloutier pour leur soutien significatif à la coordination des travaux et à la rédaction.

Je remercie également le groupe de personnes qui ont consacré temps et énergie à l'intérieur du jury de citoyens, sous la responsabilité du Forum de la population. Leurs recommandations dans le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale seront précieuses pour guider le choix des priorités qui devra être fait sous peu.

Finalement, ce plan d'action a été soumis aux membres du Forum de la population ainsi que du conseil d'administration de la Régie régionale. Je remercie grandement ces personnes dont la lecture attentive a permis de l'enrichir de leurs précieux commentaires qui furent fort appréciés.

En conclusion, c'est un grand défi que nous avons devant nous et je suis confiant qu'ensemble nous réussirons à le relever avec l'implication des intervenants régionaux et locaux en santé publique, des différents partenaires sectoriels ainsi que des acteurs des autres secteurs d'activité de la région ; et bien que le travail en prévention ou en amont des problèmes soit généralement peu reconnu dans notre société, je vous encourage à rester mobilisé car :

« autant nous aurons profité des occasions d'agir efficacement ensemble d'ici 2012, autant de souffrances physiques et morales nous aurons épargné à nos concitoyens de Chaudière-Appalaches ».

Philippe Lessard

Philippe Lessard
DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Avant-propos

La démarche d'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique* constitue un exercice de planification stratégique pour la mise en œuvre régionale du *Programme national de santé publique* (PNSP). Il s'inscrit dans une perspective de consolidation et de développement des services de santé publique en Chaudière-Appalaches d'ici mars 2007. La mise en place des services décrits dans ce plan d'action nécessitera des investissements budgétaires importants dont le lecteur peut apprécier l'ordre de grandeur dans le tableau de l'annexe 3.

Comme les budgets additionnels nécessaires ne seront pas au rendez-vous en avril 2004, la Direction de santé publique (DSP) et les Centres locaux des services communautaires (CLSC) de la région procéderont à un exercice de priorisation afin d'ajuster l'offre des services de santé publique pour l'an 1 du premier plan triennal 2004-2007. Des objectifs de résultats seront alors précisés ainsi que les indices de gestion nécessaires au suivi de la mise en œuvre régionale et locale des activités retenues. Ces informations seront détaillées dans un autre document regroupant les fiches descriptives, plus opérationnelles, pour chacune des activités ou mesures du PNSP.

Par ailleurs, la réorganisation des services de première ligne par la création des nouvelles instances locales responsables de coordonner les activités des réseaux locaux de service, nous amènera également à ajuster nos modalités d'organisation de services ainsi que notre offre de service en santé publique tant au niveau régional qu'au niveau local à l'automne 2004. Ces modifications devraient être applicables pour les deux dernières années du premier plan triennal soit 2005-2007.

Table des matières

Liste des sigles et des acronymes 11

Introduction 15
1. Le contexte entourant la rédaction du Plan d'action régional 17

2. Le portrait de la région de la Chaudière-Appalaches 21
2.1. Le portrait démographique et socioéconomique 24
2.2. Le portrait de santé de la région de la Chaudière-Appalaches 25

3. L'organisation des services régionaux de santé publique 29
3.1. Équipe promotion de la santé physique et psychosociale 32
3.2. Équipe maladies infectieuses 32
3.3. Équipe santé et environnement 33
3.4. Équipe santé au travail 33
3.5. Équipe surveillance, recherche et évaluation 34

4. L'offre de service régionale 2004-2007 35
4.1. Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale 38
4.1.1. Périnatalité et petite enfance 38
4.1.1.1. Services intégrés pour les familles vulnérables 38
4.1.1.2. Allaitement maternel 40
4.1.1.3. Rencontres prénatales de groupe 41
4.1.1.4. Pratiques cliniques préventives 41
4.1.2. Jeunesse 44
4.1.2.1. Intervention globale et concertée 44
4.1.2.2. Programme Fluppy 46
4.1.2.3. Programme de prévention des abus 47
4.1.2.4. Enfants témoins de violence conjugale 48
4.1.2.5. Consultation en matière de sexualité et contraception 49
4.1.2.6. Consommation d'alcool 50
4.1.2.7. Campagnes de communication sociétales 50
4.1.3. Adultes 51
4.1.3.1. Consommation d'alcool 51
4.1.3.2. Toxicomanies et substances psychotropes 52
4.1.3.3. Santé mentale et suicide 52
4.1.3.4. Agression sexuelle et violence conjugale 54
4.1.4. Aînés 54
4.1.4.1. Consommation inappropriée de médicaments psychotropes 54
4.1.4.2. Abus, négligence, agression sexuelle et violence 55
4.1.4.3. Incitation et renforcement à la participation des aînés 56

Table des matières (suite)

4.2. Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques 57
4.2.1. Saines habitudes de vie 57
4.2.1.1. Interventions intégrées sur les habitudes de vie 57
4.2.1.2. Interventions spécifiques en tabagisme 59
4.2.1.3. Interventions spécifiques pour une saine alimentation 60
4.2.1.4. Interventions spécifiques en activités physiques 61
4.2.1.5. Interventions spécifiques en santé dentaire 62
4.2.2. Maladies chroniques 64
4.2.2.1. Dépistage (détection précoce): cancers et hypertension artérielle 64
4.2.2.2. Lutte contre le cancer 66

4.3. Le domaine des traumatismes non intentionnels 68
4.3.1. Traumatismes routiers (et hors routes) 68
4.3.2. Traumatismes à domicile 69
4.3.3. Chutes chez les aînés 69
4.3.4. Traumatismes dans les activités de loisirs et de sport 70

4.4. Le domaine des maladies infectieuses 71
4.4.1 Enquêtes et interventions 71
4.4.1.1. Tuberculose 72
4.4.1.2. Infections nosocomiales 73
4.4.1.3. Zoonoses 74
4.4.1.4. Postexposition 75
4.4.1.5. Dépistage de clientèles ciblées 76
4.4.2. Immunisation 77
4.4.2.1. Programme d'immunisation des jeunes 77
4.4.2.2. Immunisation des clientèles vulnérables 78
4.4.2.3. Gestion des produits immunisants 79
4.4.2.4. Activités de support en immunisation et surveillance des manifestations cliniques inhabituelles suite à une vaccination 80
4.4.3. Santé-voyage 80
4.4.4. Infections transmises sexuellement et par le sang 81
4.4.4.1. Programmes de prévention et de promotion 81
4.4.4.2. Services intégrés de dépistage et d'intervention préventive 82
4.4.4.3. Programme d'accessibilité gratuite au matériel d'injection sécuritaire 83

4.5. Le domaine de la santé environnementale 85
4.5.1. Air extérieur 85
4.5.2. Air intérieur 86
4.5.3. Eau potable 88
4.5.4. Aménagement du territoire 89
4.5.5. Mesures d'urgence 90
4.5.6. Contamination des sols 90

Table des matières (suite)

4.6. Le domaine de la santé au travail 91
4.6.1. Lésions musculo-squelettiques 91
4.6.2. Maladies pulmonaires d'origine professionnelle 92
4.6.3. Intoxications professionnelles 94
4.6.4. Maladies professionnelles causées par des risques biologiques 95
4.6.5. Cancers d'origine professionnelle 96
4.6.6. Surdité professionnelle 97
4.6.7. Programme pour une maternité sans danger 97
4.6.8. Autres problèmes de santé attribuables au milieu de travail 98
4.6.9. Habitudes de vie et adaptation sociale en milieu de travail 99

4.7. Les stratégies de développement des communautés 100
4.7.1. Chaudière-Appalaches en santé 100
4.7.2. Sécurité alimentaire et cuisines collectives 101
4.7.3. Insertion socioprofessionnelle 102

4.8. La fonction surveillance 103
4.8.1. Plans de surveillance national et régionaux 103
4.8.2. Accès et production de données 103
4.8.3. Production d'informations pertinentes 104
4.8.4. Diffusion des rapports national et régionaux sur l'état de santé de la population 104
4.8.5. Diffusion de toute autre information à la population, aux décideurs et aux intervenants sur l'état de santé de la population 105

4.9. La recherche et l'innovation 106
4.9.1. Activités de recherche et d'innovation 106

4.10 L'évaluation 106
4.10.1. Intégration de la fonction évaluation 106
4.10.2. Soutien méthodologique en évaluation 107
4.10.3. Études évaluatives particulières 107
4.10.4. Suivi des indicateurs sociosanitaires 108
4.10.5. Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 108

5. Mise en œuvre du Plan d'action régional 2004-2007 109
5.1. Planification triennale locale 2004-2007 112
5.2. Ressources financières 112
5.2.1. Portrait des ressources budgétaires 112
5.2.2. Cadres de gestion des fonds dédiés au Plan d'action régional 112
5.2.3. Budgets de développement et de consolidation 113
5.3. Démarche de priorisation de l'an 1 113

6. Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches 115

Table des matières (suite)

Liste des annexes 119

Annexe 1 : Organigramme de la Direction de santé publique 120

Annexe 2 : Sommaire général du budget régional en santé publique, Direction de santé publique et CLSC 121

Annexe 3 : Budgets de développement et de consolidation pour la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 122

Annexe 4 : Cadres de gestion applicables au Plan d'action régional 124

Annexe 5 : Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches 126

Annexe 6 : Modèle de fiche descriptive du Plan d'action régional 133

Annexe 7 : Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional 134

Liste des références 150

Liste des sigles et des acronymes

ADRLSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
AIM	Accidents industriels majeurs
ARSEQCA	Association régionale du sport étudiant de Québec et Chaudière-Appalaches
ASP	Association sectorielle paritaire
ATN	Anomalie du tube neural
BMR	Bactérie multirésistante
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Chaudière-Appalaches
CAO	Cariée, absente ou obturée
CAS	Chaudière-Appalaches en santé
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAUCA	Centrale des appels d'urgence Chaudière-Appalaches
CCSR	Centre de coordination des services de la région
CDD	Centre de dépistage désigné
CHAU – HDL	Centre hospitalier affilié universitaire – Hôtel-Dieu de Lévis
CHBE	Centre hospitalier Beauce-Etchemin
CHHDM	Centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Montmagny
CHRA	Centre hospitalier de la région de l'Amiante
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CIME	Comité interrégie MSSS en évaluation
CJCA	Centre jeunesse Chaudière-Appalaches
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local des services communautaires (désigne ici les 11 établissements à mission CLSC de la région, que ce soit un CLSC, un CLSC-CHSLD ou un Centre de santé)
CMMI	Comité mixte municipal industriel
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CO	Monoxyde de carbone
COU	Contraception orale d'urgence
CPE	Centre de la petite enfance
CPÉQ	Centre de Psycho-Éducation du Québec
CRATCA	Centre de réadaptation alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches
CRID	Centre de référence pour investigation diagnostique
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DAIS	Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale
DEVC	Développement des communautés
DOSAMU	Direction de l'organisation des services et des affaires médicales et universitaires
DSC	Département de santé communautaire
DSP	Direction de santé publique
ESPRI	Effets temporellement liés à l'immunisation
ESS	Enquête sociale et de santé
EVAL	Évaluation
FEJ	Famille-enfance-jeunesse
GMF	Groupe de médecine de famille

Liste des sigles et des acronymes (suite)

GRGT	Groupe de référence grossesse et travail
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HLM	Habitation à loyer modique
HTA	Hypertension artérielle
HV	Habitude de vie
HVMC	Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques
I-CLSC	Intégration CLSC (système d'information)
IAB	Initiative amis des bébés
IBCLC	International Board Consultant Lactation Certified
iGC	Intervention globale et concertée
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IQA	Indice de qualité de l'air
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infection transmise sexuellement
ITSS	Infection transmise sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LMS	Lésions musculo-squelettiques
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MCV	Maladies cardiovasculaires
MÉQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MENV	Ministère de l'Environnement
MI	Maladies infectieuses
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère du Transport du Québec
MTS	Maladies transmises sexuellement
NEGS	Naître égaux – Grandir en santé
NO_2	Bioxyde d'azote
OC	Organisme communautaire
OLO	Programme « Œuf, lait, orange »
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACE	Programme d'action communautaire à l'enfance
PAS	Programme d'application sélective
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PCP	Pratiques cliniques préventives
PI	Produits immunisants
PII	Programme intégré d'intervention
PMSD	Programme pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
PPA	Programme de prévention des abus
PPACEE	Programme de prévention des abus commis envers les enfants
PPV	Programme provincial de vaccination
PPRSDP	Programme public régional de services dentaires préventifs
PQAT	Programme québécois d'abandon du tabagisme
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Liste des sigles et des acronymes (suite)

PSAR	Projet de schéma d'aménagement révisé
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
PSPP	Promotion de la santé physique et psychosociale
PSSP	Programme de subvention en santé publique
QAI	Qualité de l'air intérieur
QEI	Qualité de l'environnement intérieur
RCI	Règlement de contrôle intérimaire
RCNQA	Regroupement de la Capitale Nationale pour la qualité de l'air
RECH	Recherche
RESEN	Programme de resocialisation des enfants témoins de violence conjugale
RRO	Rougeole, rubéole, oreillons
RTF	Ressource de type familial
RUV	Rayons ultraviolets
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec
SAF	Syndrome de l'alcoolisme fœtal
SAFERA	Syndrome d'Alcoolisation Fœtale Effets Relatifs à l'Alcool
SARM	Staphylococcus auréus résistant à la méthicilline
SARV	Staphyloccus auréus résistant à la vancomycine
SAT	Le domaine de la santé au travail
SCV	Santé cardiovasculaire
SE	Le domaine de la santé environnementale
SERI	Service d'écoute, de référence et d'information
SIDA	Syndrome immunodéficience acquise
SIMDUT	Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail
SO2	Anhydride sulfureux
SQ	Sûreté du Québec
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRC	Syndrome de la rubéole congénitale
SRE	Surveillance, recherche et évaluation
SURV	Surveillance
TA	Tension artérielle
TB	Tuberculose
TCA	Table provinciale de consultation en allaitement
TCNSAT	Table de concertation nationale en santé au travail
TNI	Le domaine des traumatismes non intentionnels
TQHP	Table québécoise sur l'herbe à poux
URLS	Unité régionale de loisirs et de sports
VHC	Virus hépatite C
VIH	Virus de l'immnunodéficience humaine
VNO	Virus du Nil occidental
Y'APP	Y'a personne de parfait !

Introduction

Depuis toujours, la santé publique fait partie du quotidien de tout citoyen et de plus en plus des manchettes des médias: («*Le syndrome respiratoire aigu sévère* (SRAS) fait une nouvelle victime. Huit oiseaux infectés au virus du Nil occidental (VNO) découverts dans la région. L'alcool au volant fauche trois vies. Maximum prévu de 34ºC, gare aux coups de chaleur ! »).

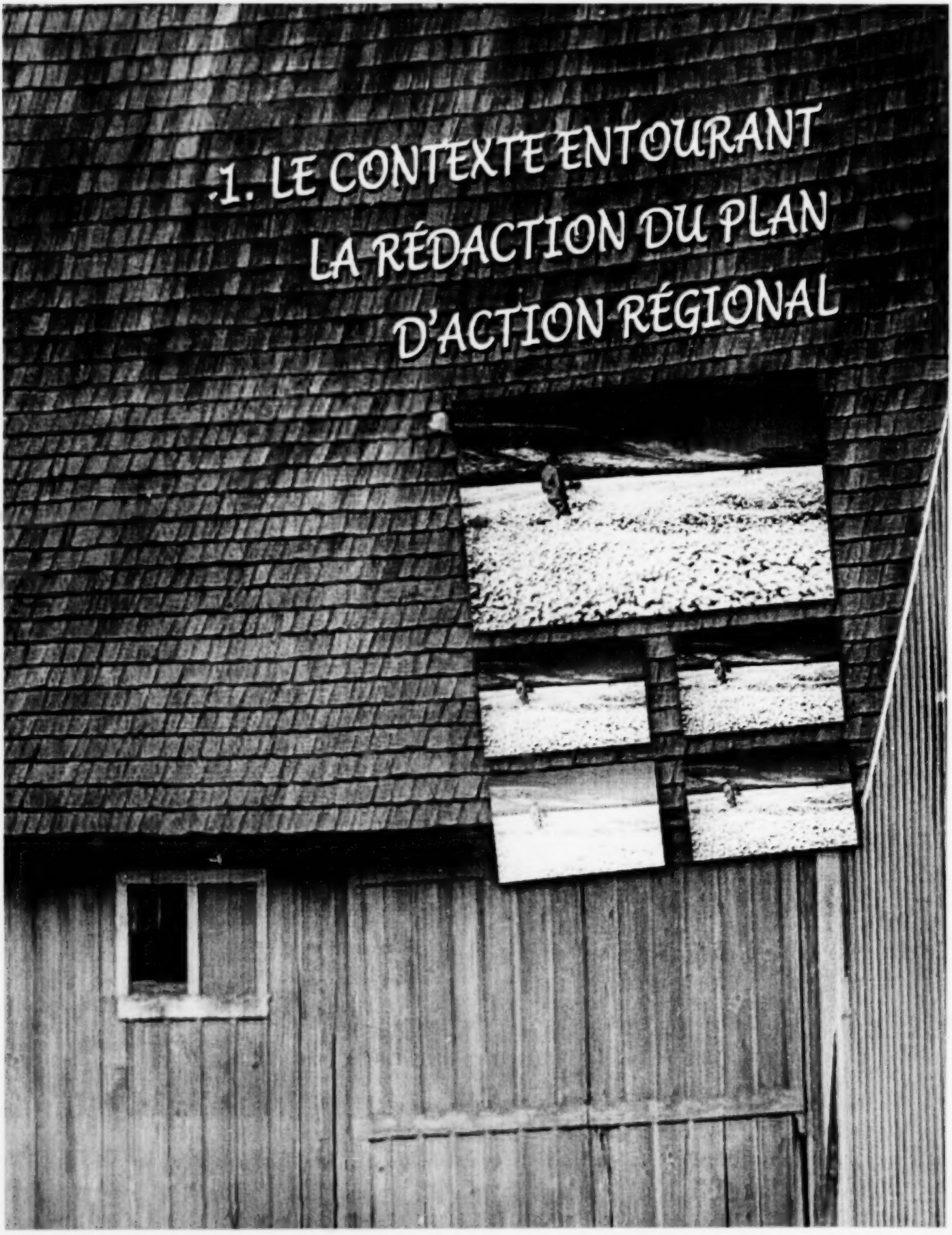
À l'heure de la mondialisation, la santé publique se doit de trouver des solutions préventives et actualisées aux problèmes de santé auxquels la population est confrontée.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 déposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au début de 2003 va dans ce sens.

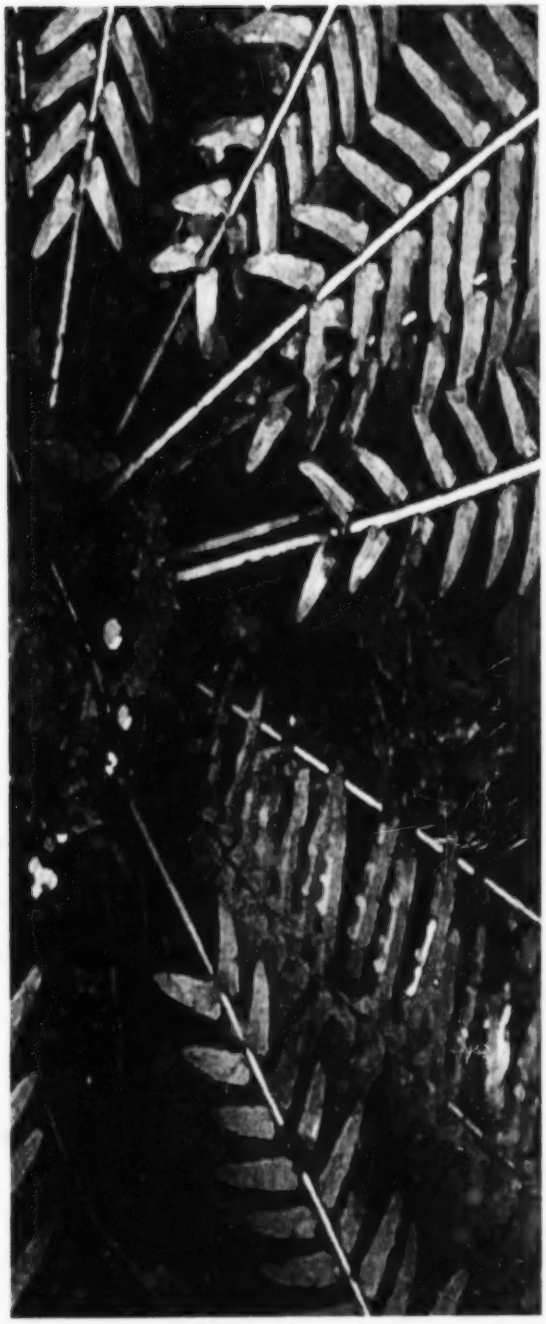
Dans notre région, les activités découlant du PNSP se concrétiseront par la mise en oeuvre du Plan d'action régional qui est ici proposé.

Dans ce document, après avoir tracé le contexte entourant la rédaction du Plan d'action régional et présenté l'organisation des services régionaux en santé publique, nous vous proposerons l'offre de service de santé publique convenue entre la DSP et les CLSC de la région pour le premier plan triennal couvrant la période d'avril 2004 à mars 2007.

1. LE CONTEXTE ENTOURANT LA RÉDACTION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL



1. Le contexte entourant la rédaction du Plan d'action régional



Au début du vingtième siècle, la structure de santé publique reposait encore essentiellement sur les municipalités, responsables de prendre les mesures nécessaires à la protection de la santé des populations. Dès la fin de la Première Guerre mondiale, le gouvernement du Québec s'impliqua activement dans le dossier et décida de créer les unités sanitaires de comté. Ces dernières relevaient directement du Service provincial d'hygiène et étaient chargées de dispenser les services de prévention.

Aujourd'hui, près de 60 ans plus tard, après les unités sanitaires, les départements de santé communautaire (DSC) en centre hospitalier, la mise en place du réseau de CLSC et la création des directions de santé publique dans les régies régionales, nous sommes finalement arrivés à une autre étape importante en santé publique au Québec, soit l'élaboration d'un programme national de santé publique découlant de la *Loi sur la santé publique* adoptée en décembre 2001.

L'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique* s'inscrit dans ce cadre à la fois historique et légal.

Au niveau de l'historique, il faut se rappeler que la région de la Chaudière-Appalaches est riche d'une longue tradition en santé publique. En effet, la première unité sanitaire au Québec fut créée à Beauceville en 1926, elle fut suivie de celles de Lévis et Lotbinière (1930), Frontenac (1938), Dorchester (1939), Montmagny (1941) et de Bellechasse (1944). Les activités de départ visaient le travail de propagande (éducational work), les maladies contagieuses, la tuberculose, l'hygiène de l'enfance, la vaccination, l'inspection sanitaire et s'ajoutait l'hygiène dentaire en 1942. Leur structure organisationnelle va demeurer plutôt stable de 1926 jusqu'à leur fusion avec les CLSC et les DSC de la réforme des années 1970. La Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches fut créée à partir du regroupement des anciens DSC du CH de Beauceville, de l'Hôtel-Dieu de Lévis et de l'Hôtel-Dieu de Montmagny.

Au niveau légal, il faut souligner que le directeur de santé publique est nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, et qu'il assume une imputabilité professionnelle et personnelle en rapport avec les différents mandats que lui confèrent la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur la santé publique* et la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

Selon l'article 373 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S–4.2)*, le directeur de la santé publique est responsable dans sa région :

- d'informer la population de l'état de santé général des individus, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin ;

- d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection ;

- d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller la Régie régionale de la santé et des services sociaux sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable ;

- d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action.

Selon la *Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., chapitre S-2.1)* les responsabilités spécifiques du directeur de santé publique sont, entre autres :

- de réaliser les études nécessaires à une bonne connaissance de l'état de santé des travailleurs de sa région ;

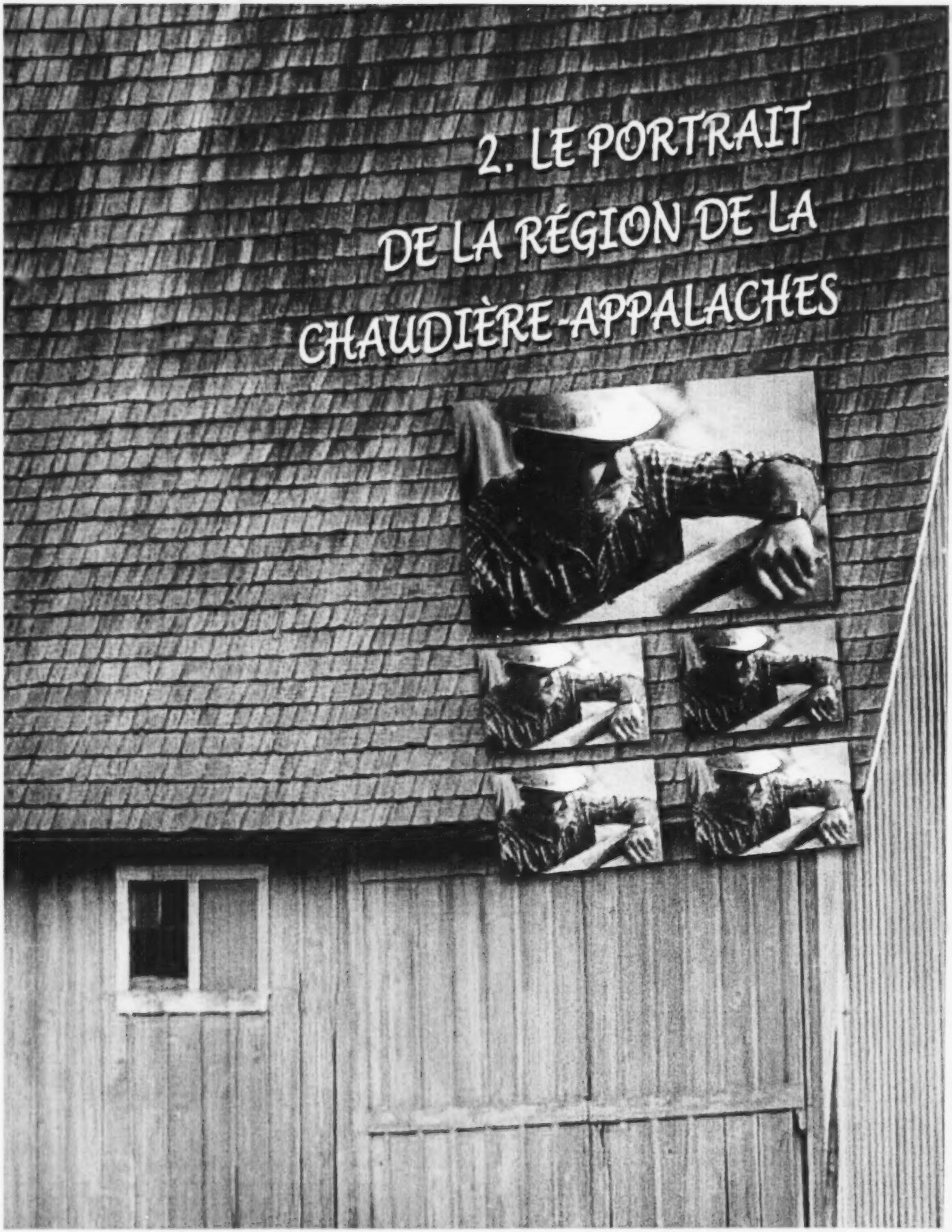
- d'élaborer une planification annuelle et un bilan des activités en santé au travail (SAT), tant de l'équipe régionale que des équipes territoriales ;

- d'évaluer les programmes de santé spécifiques ;

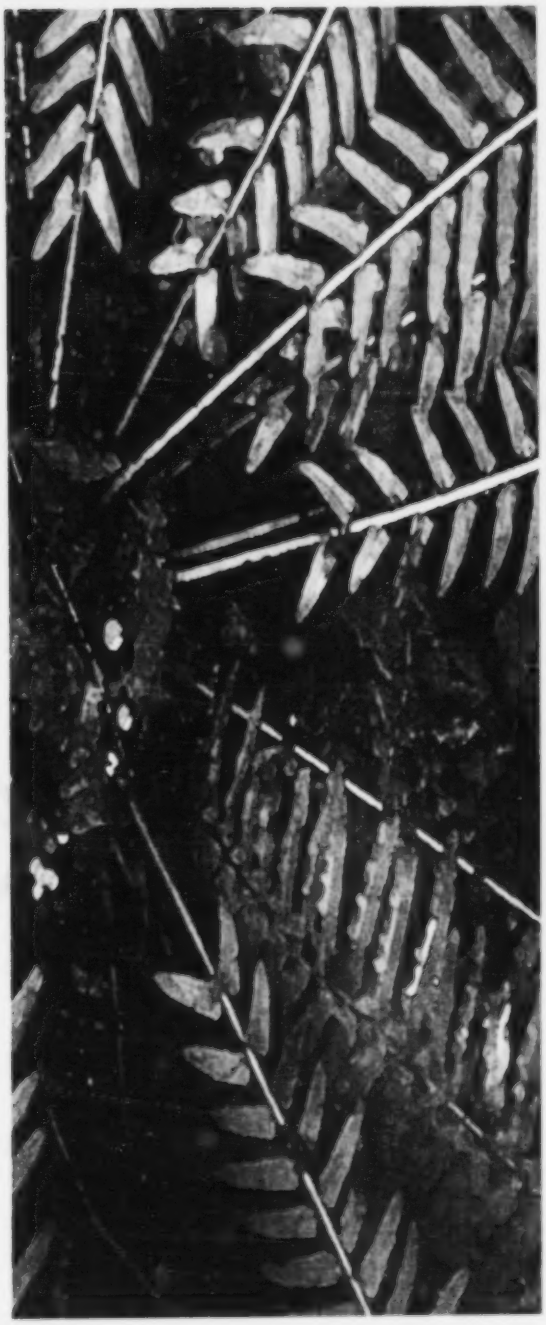
- de recommander, au besoin, le retrait préventif du travailleur à risque ou de la travailleuse enceinte.

Finalement, la *Loi sur la santé publique (2001, chapitre 60)* confie au directeur de santé publique la responsabilité d'élaborer, de mettre en œuvre, d'évaluer et de mettre à jour régulièrement un *Plan d'action régional de santé publique* et s'assurer que des Plans locaux soient mis en place par les CLSC pour chacune des municipalités régionales de comté (MRC).

2. LE PORTRAIT DE LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES



2. Le portrait de la région de la Chaudière-Appalaches



Cette section contient les principaux éléments du portrait démographique et socioéconomique de la région de la Chaudière-Appalaches ainsi qu'un résumé du profil sociosanitaire de sa population.

Comme le PNSP a déjà tracé un portrait de santé de la population québécoise, nous les mettrons en lien avec les données de notre région. Il est à noter, que la plupart des données présentées dans cette section proviennent du portrait de santé : *Le Québec et ses régions – résultat pour la région de la Chaudière-Appalaches 2002* qui puise ses sources dans différentes banques de données sur différentes années de référence ainsi que du logiciel Éco-Santé 2003.

2.1 Le portrait démographique et socioéconomique

Selon l'estimation de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour 2003, la région de la Chaudière-Appalaches compterait plus de 393 754 personnes, soit 5,3% de la population québécoise et vient au septième rang des régions sociosanitaires pour sa population. Elle s'étend sur une superficie de 14 980 kilomètres carrés comprenant la ville de Lévis et 9 MRC qui comptent elles-mêmes 137 municipalités.

MUNICIPALITÉS SELON LE TERRITOIRE DE MRC ET LE RÉSEAU LOCAL, RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES, 2004

2.1 Le portrait démographique et socioéconomique

Selon l'estimation de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour 2003, la région de la Chaudière-Appalaches compterait plus de 393 754 personnes, soit 5,3% de la population québécoise et vient au septième rang des régions sociosanitaires pour sa population. Elle s'étend sur une superficie de 14 980 kilomètres carrés comprenant la ville de Lévis et 9 MRC qui comptent elles-mêmes 137 municipalités.

MUNICIPALITÉS SELON LE TERRITOIRE DE MRC ET LE RÉSEAU LOCAL, RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES, 2004

Source : MSSS
Producteur : ASSS de Chaudière-Appalaches, Unité (SAE), 2004
Date de mise à jour : 2004-03-17
Personne ressource : François Lévesque

Comparativement au reste du Québec, la région de la Chaudière-Appalaches présente un portrait assez favorable au plan socioéconomique. Le taux de chômage en 2002 (6,5%) et la proportion des prestataires de l'assistance-emploi en 2000 (5,7%) y sont inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec (8,6% et 9,6%).

Cependant, ce bilan positif est toutefois assombri à certains égards. En effet, la région en 2001-2002 se classait défavorablement pour le niveau de scolarité et la pauvreté des aînés. On constate que 18,1% de la population de 15 ans et plus a moins de 9 ans de scolarité, comparativement à 14,8% au Québec et 58,6% des personnes de 65 ans et plus en 2002 bénéficiaient du supplément de revenu garanti (49,1% au Québec).

2.2 Le portrait de santé de la région de la Chaudière-Appalaches

Après la lecture du portrait de santé du Québec et de ses régions en 2001, on constate que la région de la Chaudière-Appalaches offre un portrait de santé comparable, sinon meilleur que celui du Québec pour plusieurs indicateurs. La situation régionale est particulièrement avantageuse aux niveaux des facteurs de risque périnataux, de l'adaptation sociale, de l'espérance de vie et des principales maladies (maladies de l'appareil circulatoire, tumeurs). On déplore toutefois des faiblesses au chapitre des traumatismes intentionnels et non intentionnels. À cet égard, les suicides et les accidents de la circulation constituent des problèmes préoccupants.

La région de la Chaudière-Appalaches est premièrement avantagée par rapport à la province au niveau des facteurs de risque périnataux. Tout d'abord, le taux de grossesse chez les adolescentes de 14-17 ans y est de 10,1 par 1 000 adolescentes (19,6/1 000 au Québec). On observe également en 2001, les taux les plus faibles de crimes contre la personne (451 c. 990 par 100 000 au Québec) et de victimisation féminine de 12 ans et plus (198 c. 432 par 100 000 au Québec). La région recueille aussi le deuxième plus bas taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (3,3 c. 4,4 par 1 000 jeunes de 0-17 ans pour la province).

La région se compare aussi favorablement à la province pour l'utilisation des services sociosanitaires. Les taux de mortalité et d'hospitalisation jugés évitables sont tous les deux inférieurs à ceux du Québec (respectivement : 45,9 c. 55,3 par 100 000 et 51,2 c. 58,2 par 100 000). Plus de dix-sept personnes sur vingt de 15 ans et plus (86,2%) connaissent le service Info-Santé CLSC (74,6% au Québec), et plus du quart (27,5%) l'ont utilisé depuis 12 mois (23,2% au Québec). Enfin, le taux de participation au programme de services dentaires pour les enfants de 0-9 ans en 2001 est le deuxième plus élevé des régions du Québec (57,5 c. 51,2/100 enfants pour la province), et ce, malgré le fait que Chaudière-Appalaches compte, comme on le verra plus bas, une proportion relativement moins élevée de dentistes et de spécialistes en chirurgie buccale que le Québec.

L'espérance de vie à la naissance, la deuxième plus longue parmi les régions, se situe à 78,4 ans (77,9 au Québec) ; les femmes de Chaudière-Appalaches recueillent d'ailleurs l'espérance de vie la plus longue de la province (82 ans). Toujours par rapport au Québec, la région obtient des taux inférieurs aux niveaux de l'incidence du cancer (394,6 c. 415,7 par 100 000) et des cas de mortalité dus à l'appareil circulatoire (233,4 c. 249,2 par 100 000) plus spécifiquement de cardiopathies ischémiques (119 c. 143,0 par 100 000).

Le bilan positif précédent est toutefois assombri à certains égards.

Fait capital : la population de Chaudière-Appalaches est durement affectée par les traumatismes. Premièrement, le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels est plus élevé que celui du Québec (38,7 c. 27,3 par 100 000). Il en est de même pour le taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels (83,7 c. 69,6 par 100 000 au Québec).

De plus, la région se classe défavorablement par rapport à la province pour deux problématiques associées spécifiquement aux traumatismes : les suicides et les accidents de la circulation. Tout d'abord, la région de la Chaudière-Appalaches se classe au second rang des régions en ce qui regarde le taux de mortalité par suicide (26,3 c. 19,1 par 100 000 au Québec). Les hommes de la région sont, eux aussi, relativement plus nombreux à poser cet ultime geste de désespoir que les Québécois (taux régional : 42,2 c. 31,6 par 100 000 pour la province). Il en va de même aussi pour les lésions professionnelles, où notre région se classait parmi celles ayant le plus haut taux de lésions professionnelles de 1997-1999 avec plus de 5 cas pour 100 personnes occupées alors que la moyenne québécoise se situe à un peu plus de 4 cas pour 100 personnes occupées (Conseil de la santé et du bien-être, 2002).

Au niveau des accidents de la circulation, le portrait de santé montre que l'on meurt deux fois plus d'accidents de la route dans la région qu'au Québec (19,8 c. 10,3 par 100 000). Toujours en lien avec les accidents de la circulation, la région de la Chaudière-Appalaches est nettement désavantagée au niveau de l'alcool au volant. Le taux de condamnation relié à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies en 2001 est plus élevé que celui du Québec (380 c. 247 par 100 000 titulaires de permis) tout comme d'ailleurs, le taux des conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg/100 ml. Ce dernier est deux fois plus élevé dans la région que dans la province (6,5 c. 3,2 par 100 000). Les traumatismes, notons-le, constituent un des rares aspects défavorisant la région au niveau de l'état de santé.

Au niveau des services sociosanitaires, l'indice de dépendance de la population pour les hospitalisations (taux de rétention) est un des plus faibles de la province (69,4 % en 2001). Toutefois, on note une amélioration du taux de rétention de près de 2 % en comparaison avec l'année 1998 (67,5 %). Ce taux signifie qu'environ 30 % de la population de la région consomme des services ailleurs que dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Le taux de césariennes pour 2001 est plus élevé (21,4 par 100 accouchements) que dans la province (18,0). Enfin, la région compte relativement moins de certaines catégories de personnel spécialisé que le Québec : c'est le cas des médecins spécialistes (région : 56 c. 100 par 100 000 dans la province), des dentistes et des spécialistes en chirurgie buccale (région : 32 c. 45 par 100 000 dans la province) en 2001.

Pour certains autres aspects, les données sociosanitaires de la région sont comparables à celles du Québec. En effet, on y retrouve des proportions équivalentes de sédentaires (activités physiques de loisir moins d'une fois par semaine : région 45,4 % c. 48,0 au Québec), de fumeurs actuels (32,6 % c. 34 % au Québec) et de personnes faisant une consommation élevée d'alcool (14 verres et plus par semaine : 8,1 % dans les deux cas). La proportion des personnes présentant un poids excessif est aussi comparable à celle du Québec (28,0 % c. 28,1 %).

Au niveau de l'utilisation des services sociosanitaires, la région et la province recueillent des pourcentages comparables de femmes de 15 ans et plus ayant subi un test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) sur une période de deux ans (62,2 % c. 63,4 % au Québec) et de femmes de 50-69 ans ayant subi une mammographie au cours de la même période (61,3 % c. 64,3 % au Québec).

On retrouve aussi, des proportions sensiblement équivalentes en Chaudière-Appalaches et au Québec de personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe (37,1 % c. 38,2 % au Québec), et de personnes de 15 ans et plus consommant trois médicaments différents ou plus sur une période de deux jours (16,6 % c. 17 % au Québec).

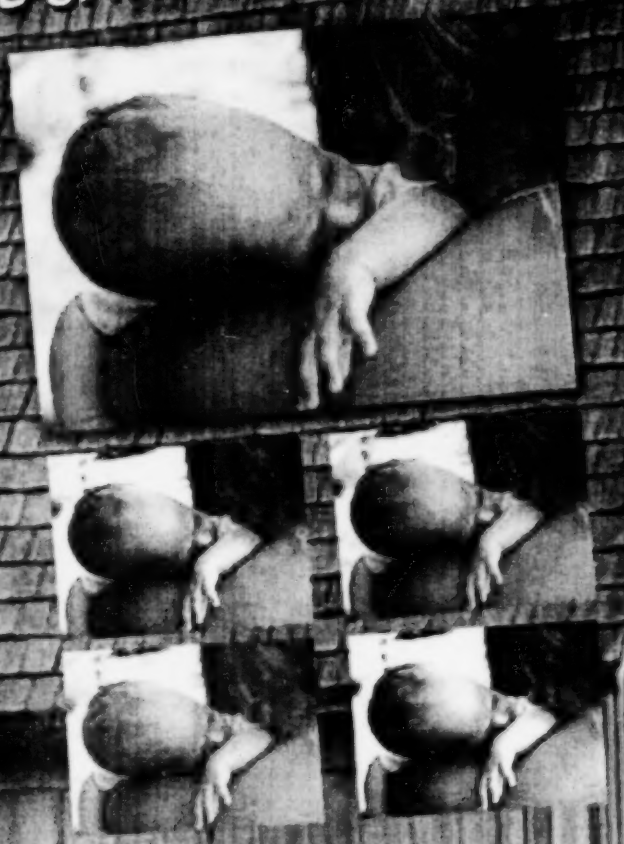
La région de la Chaudière-Appalaches offre aussi, un profil comparable à celui de la province pour

différents indicateurs de santé. C'est le cas de la perception moyenne ou mauvaise de l'état de santé (12,7% c. 11,0% au Québec) et du taux d'édentation complète (23,0% c. 20,5% au Québec). C'est aussi le cas pour certains indicateurs de santé mentale, tels que le classement à la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique (18,2 c. 20,1%) et la présence d'idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois (4,5% c. 3,9%).

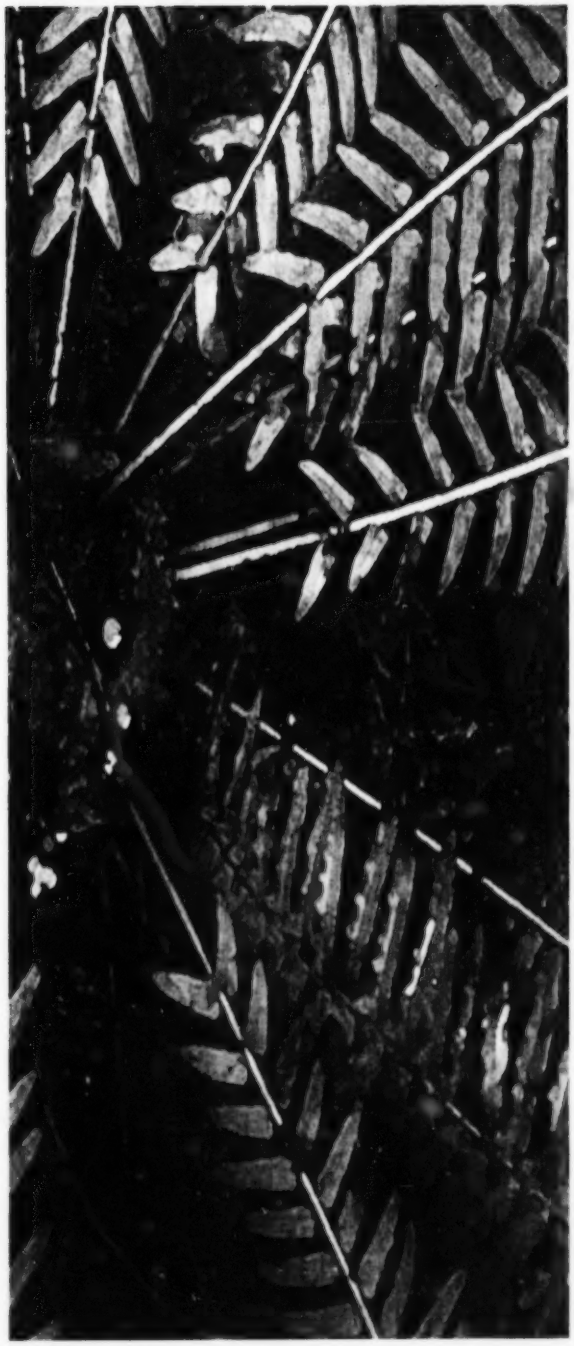
En matière de santé, la région présente des niveaux semblables de population ayant une limitation d'activités à long terme (9,4% c. 9,3% au Québec), d'enfants de 0-17 ans handicapés (15,9 c. 15,3 par 1 000) en 2001, de mortalité infantile (4,3 naissances vivantes c. 5,2 par 1 000) et de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (66,2 c. 66,6 par 100 000).

La section 4.8 du présent document fournit au lecteur des informations additionnelles sur l'élaboration et la mise en œuvre concomitante au Plan d'action régional, d'un plan de surveillance dont la finalité sera de préciser les indicateurs sociosanitaires pertinents auxquels toutes les régions du Québec auront accès pour la planification des activités et des services des deux prochains plans d'action régionaux de santé publique à élaborer d'ici 2012.

3. L'ORGANISATION DES SERVICES RÉGIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

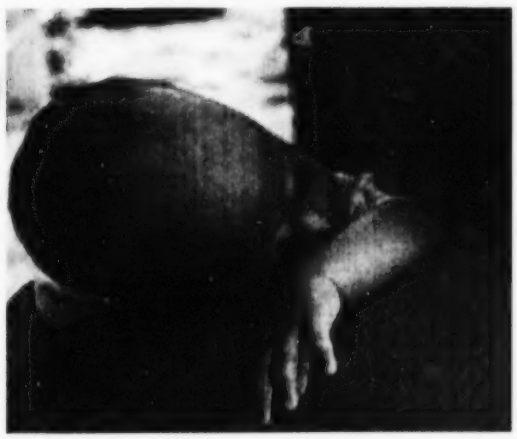


3. L'organisation des services régionaux de santé publique



La présente section a pour but de décrire l'organisation des services de la DSP, afin de mieux faire connaître les responsabilités des équipes régionales de santé publique dans la mise en œuvre du Plan d'action régional découlant du PNSP.

La DSP en Chaudière-Appalaches est constituée de cinq équipes offrant leurs services sur une base régionale, comprenant :



- L'équipe promotion de la santé physique et psychosociale (PSPP)
- L'équipe maladies infectieuses (MI)
- L'équipe santé et environnement (SE)
- L'équipe santé au travail (SAT)
- L'équipe surveillance, recherche et évaluation (SRE)

3.1. Équipe promotion de la santé physique et psychosociale

Cette équipe couvre à elle seule, en plus des activités portant sur les stratégies de développement des communautés, trois domaines du PNSP soit :

- Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale.
- Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques.
- Le domaine des traumatismes non intentionnels.

Les membres de cette équipe, bien qu'offrant leurs services sur une base régionale, sont répartis dans deux points de service, soit celui de Beauceville et celui de Montmagny.

Les services offerts par cette équipe sont notamment les suivants :

- Interventions auprès de la population par des activités de communication (ex. : promotion de l'activité physique, semaine sans fumée, etc.) ;
- Développement des contenus des programmes spécifiques (ex. : *Programme public régional de services dentaires préventifs* (PPRSDP), *Programme de prévention des abus* (PPA), etc.) ;
- Suivi et reddition de comptes relatifs aux activités ou services locaux (ex. : fonds de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE), fonds du *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP), etc.) ;
- Production d'outils support aux activités locales (ex. : PPA, PSJP, etc.) ;
- Élaboration de plans d'action régionaux spécifiques (ex. : allaitement maternel, prévention du suicide, etc.) ;
- Coordination régionale pour le déploiement de services préventifs locaux (ex. : *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS), PSJP, etc.) ;
- Organisation et soutien à la concertation intersectorielle régionale (ex. : sécurité alimentaire, etc.) ;
- Organisation de formations pertinentes en soutien à l'action locale (ex. : allaitement maternel etc.).

3.2. Équipe maladies infectieuses

Cette équipe couvre le domaine des maladies infectieuses du PNSP. Son offre de service est également régionalisée bien qu'elle se retrouve répartie dans les points de service de Montmagny et de Beauceville.

Les services offerts par cette équipe sont notamment les suivants :

- Service de garde pendant et en dehors des heures ouvrables (24/7) pour les enquêtes et interventions de protection ;
- Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) et des problèmes infectieux pouvant menacer la santé de la population ;
- Réalisation d'enquêtes épidémiologiques et interventions visant la protection des personnes qui ont été potentiellement exposées à un agent infectieux transmissible pour éviter la transmission de maladies pouvant menacer la santé de la population ;
- Participation aux mécanismes régionaux et provinciaux de préparation et de réponse aux urgences pour le domaine des maladies infectieuses ;
- Coordination régionale des programmes de vaccination gratuits du MSSS, gestion régionale des produits immunisants et support professionnel en immunisation ;
- Surveillance des effets indésirables temporellement liés à l'immunisation ;
- Coordination régionale des services locaux de prévention (ex. : infections transmissibles sexuellement (ITS), accessibilité au matériel d'injection sécuritaire auprès des personnes faisant usage de drogues en injection, etc.) ;
- Support professionnel aux services de prévention (ex. : santé des voyageurs, bactéries multirésistantes, etc.) ;

3.3. Équipe santé et environnement

Cette équipe couvre le domaine de la santé environnementale du PNSP. L'offre de service de cette équipe est également régionalisée et elle se retrouve répartie dans les points de service de Montmagny et de Beauceville.

Les services offerts par cette équipe sont notamment les suivants :

- Service de garde en environnement et support aux services d'urgence pendant et en dehors des heures ouvrables ;
- Réalisation d'enquêtes et d'interventions lors de déclaration de MADO ;
- Réponse quotidienne aux demandes de la population ;
- Surveillance quotidienne et suivi de la qualité de l'eau potable à partir des données du ministère de l'Environnement (MENV) ;
- Production d'avis de santé publique sur des situations environnementales (ex. : production animale, air extérieur, air extérieur, etc.) pouvant menacer la santé de la population ;
- Participation aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement ;
- Participation à différents comités de concertation en environnement.

3.4. Équipe santé au travail

Cette équipe couvre presque tout le domaine de la santé en milieu de travail du PNSP. Les membres de cette équipe sont regroupés au point de service de Lévis.

Le *Programme de santé au travail* est régi depuis 1980 par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* qui prévoit la signature d'un contrat de services entre chacun des bureaux régionaux de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et chacune des régies régionales. Les CLSC mandataires sont liés par ce contrat. Dans notre région ces CLSC sont : le CLSC Beauce-Sartigan, le CLSC Frontenac, les C.L.S.C. et C.H.S.L.D. de la M.R.C. de Montmagny et le Centre de santé Paul-Gilbert.

Ce contrat prévoit des activités, des mécanismes de planification budgétaire et des redditions de comptes. Depuis plusieurs années, les partenaires de la région se sont dotés de structures de concertation afin de faciliter la coordination des services (table de concertation, tables de coordination, Comité de travail CSST-DSP-CLSC-ASP). Il est à noter que de telles structures existent au niveau provincial et que les intervenants de l'équipe régionale y participent activement.

Les services offerts par cette équipe sont notamment les suivants :

- Réalisation d'enquêtes et d'interventions lors d'une déclaration de MADO ou signalement de menace à la santé ;
- Expertise conseil en réponse aux demandes de consultation dans le cadre du programme de maternité sans danger ;
- Production d'avis d'expertise dans le cas de demandes pour maladies professionnelles ;
- Réponse aux demandes de services des travailleurs, employeurs et partenaires de la région ;
- Évaluation des programmes de santé élaborés par les services locaux de santé et sécurité au travail ;
- Application du *Règlement des examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines* ;
- Processus de programmation annuelle pour l'ensemble des actions de santé au travail (régionales et locales) ;
- Production d'un bilan annuel pour l'ensemble des actions de santé au travail (régionales et locales).

3.5. Équipe surveillance, recherche et évaluation

Cette équipe couvre, en bonne partie, l'une des quatre fonctions dites essentielles du PNSP, soit « la surveillance continue de l'état de santé de la population ». De plus, elle intervient particulièrement dans l'une des fonctions de soutien appelée « recherche et innovation ». Également, cette équipe est investie du volet « évaluation » permettant, notamment, de vérifier la mise en œuvre de certaines activités, le degré d'atteinte de leurs objectifs et d'apporter les mesures correctives au besoin, dans l'actualisation du PNSP au niveau régional.

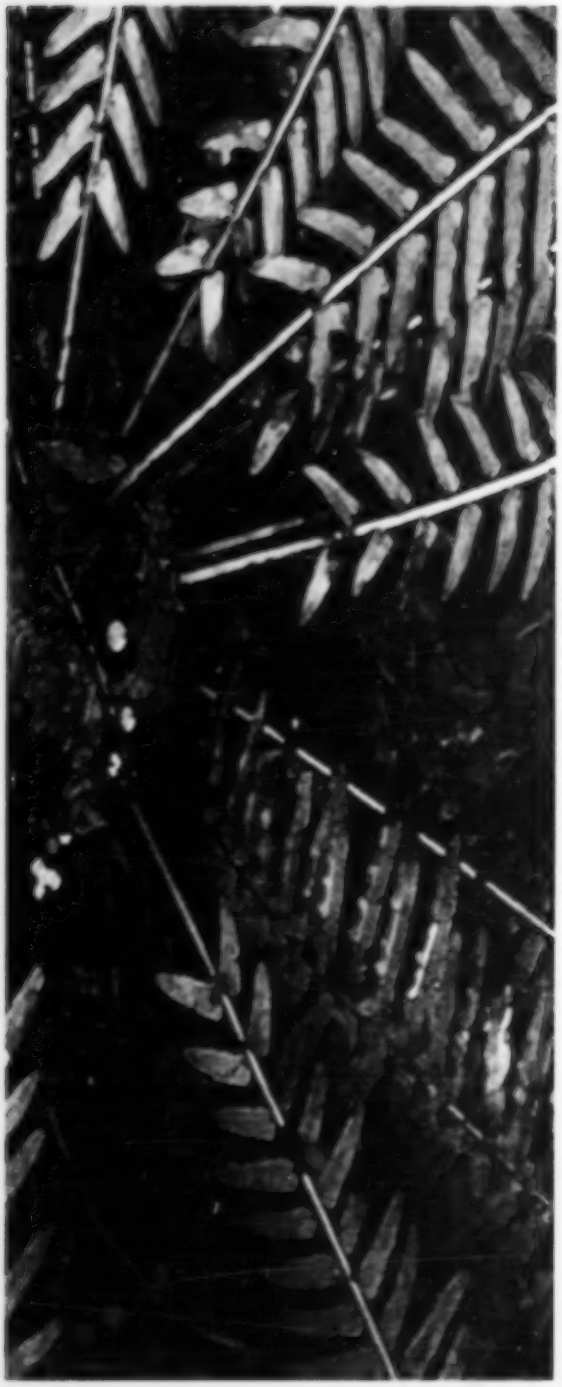
Les membres de l'équipe sont regroupés au siège social de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Sainte-Marie.

Les services offerts par cette équipe sont notamment les suivants :

- Alimentation et accès des données pour documenter les problématiques de santé et de bien-être ;
- Production et diffusion d'analyses portant sur les problèmes prioritaires et les problèmes émergents, incluant les particularités régionales ;
- Diffusion de l'information concernant l'état de santé et ses déterminants auprès de la population et des décideurs, planificateurs et intervenants qui peuvent influencer l'état de santé ;
- Soutien méthodologique et expertise conseil sur les problématiques de santé et de bien-être ;
- Exploration de nouvelles connaissances permettant de cibler des nouveaux indicateurs et/ou méthodologies novateurs ;
- Réalisation de recherches et d'enquêtes régionales ;
- Soutien méthodologique et rôle d'expert-conseil en regard des questions méthodologiques en évaluation (clarification des besoins, priorisation des objets d'évaluation, type d'évaluation requis, choix méthodologiques) ;
- Réalisation de projets spécifiques d'évaluation (évaluation de projets d'implantation, de processus et des effets de programmes) ;
- Suivi de l'implantation des activités du PNSP ;
- Suivi des indicateurs sociosanitaires.

4. L'OFFRE DE SERVICE RÉGIONALE 2004-2007

4. L'offre de service régionale 2004-2007

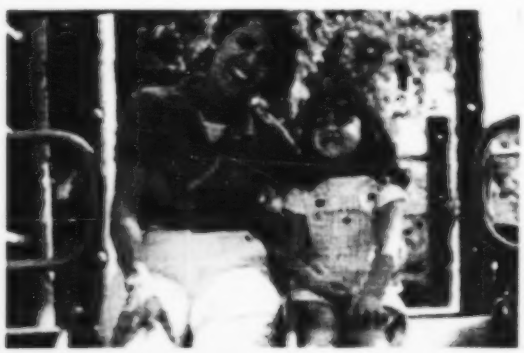


Cette section présente un résumé de la situation des services préventifs offerts actuellement dans la région par la DSP et l'ensemble des CLSC, ainsi que les partenaires impliqués et leurs rôles ; on y retrouve également, les perspectives d'évolution de ces services en terme de maintien (ou non), de développement ou de consolidation d'ici 2007.

Les services ainsi décrits font référence à un code (exemple : DAIS 01) de fiches descriptives qui ont été utilisées pour colliger l'information pertinente nécessaire sur les activités du PNSP. Le modèle de fiches descriptives est présenté à l'annexe 6 du présent document. Les activités décrites dans chaque fiche ainsi que les niveaux de responsabilité (national, régional et local), la clientèle visée et les partenaires concernés sont présentés dans le tableau synthèse de l'annexe 7.

Ces fiches descriptives seront mises à jour régulièrement et constitueront le matériel de base pour élaborer de façon opérationnelle la planification des services offerts annuellement par les équipes régionales et locales de santé publique.

Il est important de souligner que cette offre de service pourrait inclure des services de certains organismes communautaires dans la mesure où ces activités contribuent à l'atteinte des objectifs du PNSP, comme c'est le cas du PSJP et des projets du *Programme d'action communautaire à l'enfance* (PACE).



4.1. Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DAIS) touche un ensemble de problèmes principalement psychosociaux chez les clientèles de tous âges et vise particulièrement les clientèles les plus vulnérables.

4.1.1. Périnatalité et petite enfance

Cette section présente les services entourant la grossesse et les enfants de 0 à 5 ans.

4.1.1.1. Services intégrés pour les familles vulnérables (Cf. DAS 04 et 05)

Situation actuelle:

Entre 1981 et 1999, dans la région nous comptons en moyenne 128 naissances par année chez les moins de 20 ans. Cette clientèle présente généralement plusieurs difficultés d'adaptation sociale qui auront des répercussions sur le développement de l'enfant si des mesures d'aide et de soutien ne sont pas disponibles pour la jeune famille. Le PSJP cible les jeunes familles dont la mère a moins de 20 ans. Ce programme est en implantation dans tous les territoires des onze CLSC depuis janvier 2003. Le PSJP reprend les principales composantes que l'on retrouve dans le *Programme Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS) soit, l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables.

Ainsi, depuis le début de l'année 2003, des ententes avec les différents groupes communautaires s'établissent graduellement, de même que s'amorce tout le volet de l'action intersectorielle. Les organismes communautaires impliqués sont nombreux: Ressourceries, Ressources-Naissance, Maisons de la famille, etc., les autres partenaires sectoriels tels que les Centres jeunesses Chaudière-Appalaches (CJCA), ainsi que les intersectoriels comme les Centres locaux d'emploi (CLE), l'Éducation, les Centres de la petite enfance (CPE). Cette année marque la prise en charge de la première cohorte de jeunes familles. Celle-ci devrait être suivie jusqu'à ce que les enfants fassent leur entrée à l'école, c'est donc en 2008 que nous aurons atteint l'objectif de suivi à long terme recommandé par le PSJP. Par ailleurs, en 2004-2005 la deuxième cohorte de jeunes parents devrait se former.

Depuis mai 2001, le programme NEGS est en cours d'implantation dans un seul territoire soit celui de la MRC de Montmagny. Ce programme s'adresse aux femmes enceintes de 20 ans et plus, vivant en situation de vulnérabilité ainsi qu'à leur famille.

Quant au soutien éducatif précoce incluant la stimulation précoce, d'autres projets ont cours dans des organismes communautaires et dans certains CLSC tels que le *Programme Y'a personne de parfait* (Y'APP) et le programme PACE financé par le fédéral.

Enfin, tous les CLSC offrent un programme de nutrition prénatale que ce soit *Programme oeuf, lait, orange* (OLO) ou le *Programme canadien de nutrition prénatale* (PCNP). La clientèle ciblée par les programmes offerts est généralement composée des femmes enceintes vivant dans la pauvreté et/ou jeunes et/ou vivant une situation à risque pour la grossesse (toxicomanie, alcoolisme, violence, etc.). De plus, quelques CLSC vont aussi accepter dans leurs programmes les femmes ayant un diabète de grossesse ou présentant d'autres facteurs de risque. Toutes les clientes admises sont suivies par une infirmière de périnatalité et presque toutes par une nutritionniste-diététiste. Selon les situations, elles ont aussi accès à un suivi psychosocial. La majorité des clientes admises reçoivent des suppléments multivitamines et minéraux pour la femme enceinte.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Soutien à l'implantation du PSJP et de NEGS;
- Évaluation de l'implantation de NEGS;
- Soutien à l'implantation des services intégrés incluant PSJP, NEGS et stimulation précoce;
- Gestion des programmes PACE et Y'APP;
- Recommandations au PCNP lors des renouvellements.

Les CLSC:

- Implantation du PSJP;
- Implantation de NEGS;
- Implantation des services intégrés;
- Offre par certains CLSC des programmes Y'APP et PACE;
- Distribution de la supplémentation alimentaire (OLO) et multivitamines et minéraux;
- Conseils nutritionnels aux mères du PCNP, PSJP et NEGS.

Les organismes communautaires:

- Offre des programmes Y'APP et PACE par des organismes communautaires familles;
- Offre de service en périnatalité par certains organismes comme Le Berceau et Ressources-Naissance.

Les médecins et cliniciens de première ligne:

- Recommandation par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance;
- Orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.

Les centres de la petite enfance:

- Des ententes de services ont été faites avec les CLSC dans chacun des territoires.

Le Centre local d'emploi:

- Références des femmes enceintes de milieux défavorisés aux CLSC ainsi que des jeunes mères de moins de vingt ans.

Perspectives:

Au cours des prochains mois, le MSSS produira un programme cadre qui devrait s'intituler: «*Services intégrés de promotion et de prévention pour les familles qui vivent en contexte de vulnérabilité*». Ce programme couvrira les 0-5 ans et intégrera donc le PSJP, le NEGS et la stimulation précoce. Toutes les régions du Québec seront appelées à offrir ce programme intégré.

En attendant, il faudra prendre en charge les nouvelles cohortes pour le PSJP jusqu'à l'implantation du nouveau programme intégré, qui nécessitera des ajouts budgétaires très importants. Notons la nécessaire concertation entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires, les CPE et les autres établissements et organismes pour opérer efficacement une trajectoire intégrée de services.

4.1.1.2. Allaitement maternel (Cf. DAIS 03 et 26)

Situation actuelle :

Nous accomplissons déjà de nombreuses activités dans la région pour l'allaitement maternel. Ainsi en 1999, un premier plan d'action régional a permis de démarrer certaines actions en accord avec le *Programme Initiative amis des bébés* (IAB) : la plupart des établissements ont pris position en faveur de l'allaitement en adoptant une politique interne conforme aux exigences du programme IAB ainsi qu'au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au total, les quatre CHSGS, la Maison des naissances et 4 des 11 CLSC ont adopté une telle politique. Ce premier plan d'action a été révisé récemment pour couvrir la période 2003-2006.

Il y a présentement, six groupes d'entraide à l'allaitement qui offrent leurs services dans la région : Allaitement Québec (Région 12), Coup de pouce nourrice (Amiante), un groupe dans L'Islet-Sud et La Ligue La Leche (Lévis, pour le moment), le Re-Lait dans Montmagny et un groupe dans la MRC de Robert-Cliche. D'autres organismes offrent aussi des services en allaitement (ex. : Ressources-Naissance, Le Berceau…). Les services offerts sont, entre autres, l'entraide téléphonique, des rencontres de groupe (pré ou prépostnatales), etc.

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Soutien aux établissements concernés pour l'élaboration ou la mise en œuvre de leur politique en matière d'allaitement ;
- Soutien aux établissements engagés dans la démarche IAB ;
- Organisation d'un réseau d'entraide bénévole à l'allaitement maternel ;
- Diffusion d'information concernant le programme IAB et le Code ;
- Préparation et organisation de la formation nécessaire et recommandée par l'OMS ;
- Réalisation d'études sur la prévalence de l'allaitement maternel en Chaudière-Appalaches.

Les CHSGS et la Maison Mimosa :

- Mise en œuvre de leur politique d'allaitement maternel, ce qui implique aussi le soutien, la protection et la promotion auprès de leur clientèle.

Les CLSC :

- Élaboration ou mise en œuvre de leur politique d'allaitement, ce qui implique aussi le soutien, la protection et la promotion auprès de leur clientèle.

Les médecins et cliniciens de première ligne :

- Counselling en matière d'allaitement maternel.

Les organismes communautaires concernés :

- Soutien à l'allaitement maternel auprès de leur clientèle.

Perspectives :

Les services actuels seront maintenus et le plan d'action révisé sera mis en oeuvre. Par ailleurs, nous travaillerons à établir une entente avec Allaitement Québec pour un éventuel développement de leurs services dans la région. D'ici 2007, tous les milieux hospitaliers devraient avoir atteint 50 % des indicateurs du programme « Amis des bébés » et tous les établissements de santé devraient s'être dotés d'un plan de travail pour actualiser leur politique en matière d'allaitement maternel.

4.1.1.3. Rencontres prénatales de groupe (Cf. DAIS 25)

Situation actuelle:

Les rencontres prénatales visent particulièrement à améliorer les habilités parentales au regard de la venue du futur bébé, favoriser la promotion de l'allaitement maternel et soutenir les parents en vue de leur retour à la maison, après l'accouchement.

Tous les CLSC offrent des rencontres prénatales. Certains organismes communautaires en offrent aussi. Le nombre de rencontres varie d'un endroit à l'autre. De plus, certains CLSC et organismes communautaires offrent une ou plusieurs rencontres postnatales.

Le service est offert gratuitement dans la plupart des CLSC, la gratuité est totale pour la clientèle des programmes OLO/PSJP/NEGS.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Soutien par l'élaboration d'outils de support;
- Évaluation des programmes.

Les CLSC:

- Organisation et animation des rencontres.

Les CHSGS:

- Organisation de la visite à l'unité mère-enfant.

Les organismes communautaires:

- Organisation de rencontres ou soutien aux rencontres offertes par les CLSC.

Perspectives:

L'ensemble des CLSC de la région souhaiteraient continuer d'offrir le service de rencontres prénatales à toute la clientèle des femmes enceintes même si cette activité n'a pas été retenue dans le PNSP. La pertinence du maintien de l'offre de ce service sera requestionnée en début de chaque année, tenant compte des budgets disponibles.

4.1.1.4. Pratiques cliniques préventives (Cf. DAIS 02)

La promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives identifiées dans le PNSP permettront l'atteinte d'au moins cinq objectifs. Ces pratiques sont:

- Counselling en matière d'allaitement maternel;
- Counselling relatif à la couverture vaccinale contre la rubéole;
- Prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer;

- Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes;
- Counselling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes;
- Dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveau-nés;
- Recommandation par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance;
- Orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.

Les objectifs poursuivis par la mise en œuvre de ces pratiques sont:

- Réduire le taux de prématurité;
- Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance;
- Réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale;
- Réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale;
- Réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons.

De plus, les deux dernières pratiques ci-haut mentionnées contribueront au développement social plus harmonieux de ces enfants.

Situation actuelle:

Depuis environ une dizaine d'années, les taux de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance sont stables dans la région. Pour les quatre dernières années (1996-2000), le taux de prématurité est de 7,0% et le taux de bébés de faible poids est de 5,4%. Pour la même période, on observe au Québec, un taux de 7,2% pour la prématurité et de 5,8% pour ce qui a trait aux bébés de petit poids. Pour réduire ces taux, le PCNP avec OLO est offert dans tous les CLSC aux femmes de milieux défavorisés; le PSJP est implanté dans tous les territoires; le programme NEGS est offert dans la MRC de Montmagny; l'instauration d'un service de références des femmes enceintes, qui reçoivent des allocations de grossesse du CLE au CLSC, permet également de rejoindre davantage les femmes de milieux défavorisés. Le counselling sur le tabagisme est généralement disponible dans tous les CLSC. Finalement, le programme de retrait préventif des femmes enceintes en milieu de travail contribue également à l'atteinte des deux premiers objectifs.

Dans le but de réduire le risque des anomalies du tube neural (ATN), les associations médicales du Canada recommandent la supplémentation en acide folique chez les femmes en période préconceptionnelle. À cet effet, une campagne de promotion pour la prise de l'acide folique en période préconceptionnelle a été faite tant au niveau provincial que régional, il y a quelques années. Depuis, les farines ont été enrichies (ajout d'acide folique) et on observe une diminution du nombre de malformation du tube neural. De l'information est donnée par les médecins, les infirmières et les pharmaciens aux femmes en âge de procréer.

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) désigne un ensemble d'anomalies chez l'enfant associées à la consommation d'alcool et autres drogues pendant la grossesse de la mère. Il est caractérisé par des retards de croissance prénatales et postnatales, des anomalies faciales et des dommages au système nerveux central. Selon les recherches menées aux États-Unis, les femmes les plus susceptibles de donner naissance à un enfant affecté par le SAF, sont celles qui vivent dans des conditions socioéconomiques difficiles, qui ont été victimes de violence familiale (y compris d'abus sexuels et physiques), qui ont des problèmes de santé mentale, et qui sont associées à des réseaux qui mettent l'accent sur la consommation excessive d'alcool. Nous n'avons pas de données qui nous permettraient de connaître la prévalence du SAF. Aucun service spécifique n'est offert dans le réseau de la santé. L'organisme SAFERA (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale Effets Relatifs à l'Alcool) offre entraide, support et informations aux parents d'enfants souffrant du SAF.

Le syndrome de la rubéole congénitale (SRC) est excessivement rare: 2 cas ont été répertoriés au Canada en 2002, et aucun cas au Québec (*Programme canadien en santé publique*, 2002). La prévention du SRC est un objectif du *Programme provincial de vaccination* (PPV). Dans le cadre du suivi médical prénatal, le dépistage des femmes susceptibles d'être infectées par la rubéole se fait de façon systématique. Le vaccin rougeole, rubéole, oreillons (RRO) est offert à tous les jeunes enfants; suite au dépistage des anticorps contre la rubéole chez les femmes enceintes, la vaccination est offerte en postpartum, si nécessaire, généralement en CHSGS, mais aussi en CLSC et dans les cliniques médicales.

Tous les enfants au Québec sont dépistés systématiquement pour la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale (prise de sang), à la naissance, aux CHSGS ou le cas échéant aux CLSC. Les tests sont envoyés au réseau de médecine génétique du Québec.

Les infections respiratoires ainsi que les infections gastro-intestinales sont très fréquentes chez les jeunes enfants. Notons que ces infections sont moins fréquentes chez les bébés allaités. Les milieux où nous retrouvons des groupes d'enfants, par exemple dans les CPE, nécessitent beaucoup de précautions dont les règles élémentaires d'hygiène tel le lavage des mains.

Pour réduire l'anémie ferriprive chez les nourrissons, il est recommandé de promouvoir une alimentation saine pendant la grossesse ainsi que la prise de supplément prénatal. L'allaitement maternel exclusif est aussi recommandé comme moyen de prévention. De plus, il faut suivre les recommandations de l'Association canadienne des pédiatres concernant l'alimentation des nourrissons. Les programmes actuels: PCNP, PSJP, NEGS, qui incluent ces recommandations et la promotion de l'allaitement maternel sont également soutenus par les cliniciens.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives en périnatalité aux médecins et aux cliniciens de première ligne;
- Élaboration et production d'outils support;
- Support d'expertise professionnelle.

Les médecins et cliniciens de première ligne:

- Counselling auprès des diverses clientèles;
- Activités de dépistage;
- Interventions préventives.

Les organismes communautaires:

- SAFERA: entraide, support et informations aux parents d'enfants souffrant du SAF.

Perspectives:

Les services tels que le dépistage du SRC, de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale, les activités de type NEGS, le PSJP, OLO et PCNP, se poursuivront. Toutefois, en ce qui concerne le SAF, la recherche de cas et le counselling en la matière restent à développer tant chez les médecins que les cliniciens de première ligne. La prise d'acide folique pourrait être soutenue par une campagne de promotion en période préconceptionnelle qui tient compte des résultats de l'évaluation de la campagne qui s'est tenue dans la région entre juin et août 2000. La DSP devrait aussi accroître l'intensité de son soutien à ces pratiques cliniques préventives notamment auprès des médecins et cliniciens de première ligne oeuvrant dans les GMF en déploiement dans la région pour progressivement atteindre les autres médecins et cliniciens installés dans les différents territoires.

4.1.2. Jeunesse

Cette section présente les services offerts aux jeunes de 5 à 17 ans ainsi que pour les 18-21 ans fréquentant les cégeps et centres universitaires de la région.

4.1.2.1. Intervention globale et concertée (Cf. DAS 07 et 19)

Situation actuelle:

La population des enfants et des jeunes de 0 à 17 ans de Chaudière-Appalaches est d'environ 83 000 personnes. Les enfants et les jeunes d'âge scolaire se retrouvent dans le secteur public de quatre commissions scolaires, de 191 établissements qui accueillent dans leurs murs environ 55 000 jeunes par année. À ces commissions scolaires s'ajoutent huit écoles privées, cinq cégeps (privés et publics) et deux centres universitaires.

L'intervention globale et concertée (IGC) de promotion et de prévention auprès des enfants et des jeunes consiste en un ensemble de mesures déployées de façon cohérente, par divers partenaires qui travaillent en concertation. L'intervention est globale en ce sens qu'elle agit simultanément sur plusieurs facteurs clés (l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sécuritaires, l'environnement et les services préventifs) et sur plusieurs niveaux (les jeunes, l'école, la famille et la communauté). L'IGC en promotion et en prévention se planifie à partir des acteurs concernés de la communauté visée, en relation avec les partenaires, et se déploie dans leurs milieux de vie.

En Chaudière-Appalaches, deux expériences intégrant une approche IGC ont été initiées. Depuis 1999, des orientations régionales de promotion et de prévention en jeunesse-famille ont été adoptées par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux afin de déployer au niveau des territoires de MRC, une approche IGC en visant plus particulièrement les problématiques psychosociales touchant les enfants, les jeunes et leur famille. Plus récemment, la réforme de l'éducation et l'entente cadre santé-éducation nous ont convié à amorcer une stratégie IGC de promotion et de prévention en milieu scolaire (Gouvernement du Québec, 2003). Celle-ci s'intègre donc bien aux orientations régionales de promotion et de prévention visant les enfants, les jeunes et leur famille.

Nous avons actuellement onze instances de concertation intersectorielle locales (une par MRC) qui regroupent plus de 250 personnes provenant notamment des organismes communautaires, des CLSC, du milieu scolaire, des CPE, des CJCA et des municipalités. Elles ont mis en œuvre un plan d'action triennal 2000-2003 en promotion du bien-être et en prévention des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes. Dans une deuxième phase, un plan triennal 2003-2006 est en cours de réalisation.

Dans le cadre de la mise en oeuvre de la nouvelle entente de complémentarité du réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation, des démarches, entre notre réseau et celui de l'éducation, ont été enclenchées afin de déployer dans les écoles, l'approche IGC retenue. De plus, chaque commission scolaire doit maintenant offrir, dans ses services complémentaires, un volet prévention et promotion auquel chaque école doit contribuer.

Plusieurs activités préventives sont actuellement disponibles dans toutes les écoles primaires et secondaires de la région, mais de façon souvent morcelée et non intégrée dans une approche IGC. Ces activités ont été regroupées dans une offre de service de la DSP et des CLSC de la région et sont proposées aux quatre commissions scolaires, à chaque printemps depuis deux ans, en prévision de l'année scolaire suivante. Peu d'activités sont réalisées auprès des jeunes en cégep et dans les centres universitaires. Certains organismes communautaires offrent des services de prévention en milieu scolaire pour différentes problématiques (exemple: violence dans les relations amoureuses chez les jeunes). Afin d'éviter le morcellement et le dédoublement, l'offre de service de promotion et de prévention en scolaire devra être revue dans une perspective d'IGC.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Soutien régional aux instances locales de concertation intersectorielle dans les onze territoires de CLSC : animation, information, documentation, formation, planification et évaluation ;
- Soutien régional aux écoles et autres partenaires dans leur mandat visant le déploiement d'une IGC de promotion et de prévention ;
- Recensement, harmonisation, priorisation et programmation des services de santé publique offerts annuellement par la DSP et les CLSC au réseau scolaire dans une optique IGC.

Les CLSC:

- Soutien aux écoles dans le déploiement d'une IGC de promotion et de prévention ;
- Interventions préventives dans les différents milieux scolaires et milieux de vie ;
- Animation des instances locales (MRC) de concertation en jeunesse-famille et fiduciaires des budgets s'y rapportant ;
- Réalisation de projets ou de programmes concertés en promotion et en prévention primaire des problèmes psychosociaux chez les enfants, les jeunes et de leur famille, lesquels sont issus des plans d'action locaux triennaux.

Les organismes communautaires et partenaires intersectoriels:

- Réalisation en partenariat de projets ou de programmes concertés en promotion et en prévention primaire des problèmes psychosociaux chez les enfants, les jeunes et de leur famille, lesquels sont issus des plans d'action locaux triennaux ;
- Interventions en milieu scolaire et dans la communauté dans une optique IGC.

Perspectives:

Nous devrons supporter le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires dans le déploiement d'une IGC pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes de santé physique et d'adaptation sociale. Cette IGC demandera également de revoir l'ensemble des activités de promotion et de prévention en santé publique de façon à ce qu'elles s'intègrent dans une démarche cohérente, se complètent, se renforcent mutuellement et visent le développement optimal des enfants et des jeunes au cours de leur cheminement. Ces activités concernent notamment celles découlant des instances locales (MRC) de concertation en jeunesse-famille et celles émergeant des écoles dans l'approche IGC convenue dans l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation. La planification stratégique des commissions scolaires en cours d'élaboration sera un intrant important à considérer dans le développement de l'IGC en milieu scolaire.

La mise en œuvre de cette approche IGC auprès de la clientèle enfance-jeunesse-famille passera par :

- Une appropriation et une application de l'approche IGC auprès de la clientèle enfance-jeunesse-famille par la DSP et les intervenants concernés ;
- L'identification d'autres milieux d'intervention permettant une approche IGC ailleurs que dans le milieu scolaire, notamment celui des CPE et des municipalités ;
- La rédaction d'un cadre de référence sur l'approche IGC en santé publique visant la clientèle enfance-jeunesse-famille ;
- L'analyse transversale de l'ensemble des programmes en prévention et promotion offerts par la DSP et les CLSC auprès de la clientèle enfance-jeunesse-famille afin d'identifier les facteurs de risque et de protection communs ainsi que les stratégies et activités d'intervention concomitantes, incluant le volet prévention et promotion des services dispensés par les écoles ;
- La consolidation d'une approche IGC dans les orientations régionales en enfance-jeunesse-famille,

notamment par des rencontres régionales d'information auprès des responsables des Tables locales en prévention et promotion, pour leur permettre de s'approprier davantage les notions d'intervention globale et concertée, et ce, par des exemples concrets en liens avec les projets locaux déjà planifiés pour 2003-2006;

- La révision de l'offre de service en prévention et promotion en milieu scolaire, y intégrant une approche IGC à partir de l'école telle que proposée dans l'entente MSSS-MÉQ; celle-ci devrait inclure également la contribution des organismes communautaires;
- L'intégration potentielle de la prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes dans un programme global d'éducation à la sexualité destiné aux classes du secondaire et autres.

Un investissement supplémentaire serait nécessaire pour supporter l'approche IGC auprès de la clientèle en enfance-jeunesse-famille. Cet investissement serait nécessaire pour accroître l'intensité des interventions en milieu scolaire ainsi que pour soutenir davantage les projets émergeant des Tables locales de concertation en promotion du bien-être et en prévention des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes.

Nous regarderons également la possibilité d'intervenir avec plus d'intensité dans les cégeps et centres universitaires de la région, avec la collaboration de ces derniers.

4.1.2.2. Programme Fluppy (Cf. DAIS 06)

Situation actuelle:

En 2002-2003, 5 908 enfants ont fréquenté le préscolaire. Selon l'indice de défavorisation socioéconomique du ministère de l'Éducation du Québec (MÉQ), plus de 60% des écoles primaires de Chaudière-Appalaches ont été classées défavorisées durant l'année 2001-2002. En supposant que le nombre d'enfants fréquentant le préscolaire reste le même au cours des prochaines années, on peut estimer, pour le réseau scolaire de Chaudière-Appalaches, à 3 500 le nombre d'enfants qui pourraient bénéficier annuellement du *Programme Fluppy*.

Le *Programme Fluppy*, de conception montréalaise sous la gouverne du Centre de Psycho-Éducation du Québec (CPÉQ), consiste en une intervention destinée à stimuler le développement des comportements prosociaux chez les enfants de quatre, cinq et six ans qui éprouvent des difficultés à vivre des interactions positives avec leur entourage (CPÉQ, 1995). Environ 20% des enfants du préscolaire présenteraient des problèmes d'agressivité. Le programme est cependant offert à tous les enfants de la classe, ceux et celles n'ayant pas de troubles de comportement agissant comme modèles positifs.

Actuellement, aucun CLSC de Chaudière-Appalaches n'offre intégralement le Programme Fluppy aux écoles. En 2000-2001, la Table locale en promotion du bien-être et prévention des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes de la MRC de Bellechasse a priorisé l'implantation de ce programme dans les classes de maternelle de deux écoles de ce territoire.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination du déploiement du programme;
- Organisation de formations pertinentes.

Les CLSC :

- Soutien aux enseignants et animation dans les écoles ;
- Suivi et soutien auprès des familles.

Éducation :

- Réalisation des interventions dans les classes.

Perspectives :

Une démarche de planification et de concertation auprès des partenaires concernés sera réalisée afin de rendre disponible le *Programme Fluppy* dans tout le réseau scolaire de Chaudière-Appalaches conditionnellement à de nouvelles ressources financières permettant l'achat du programme, la formation et la coordination régionale par la DSP ainsi que l'animation du programme dans les écoles et le suivi auprès des familles souvent négligées dans ce style de programme. Cette démarche devra s'arrimer également avec celle, plus globale, retenue dans l'entente cadre santé-éducation proposant une approche globale et concertée de promotion et de prévention à partir de l'école (voir section 4.1.2.1.).

D'autres interventions ou programmes ayant les mêmes objectifs pourraient être regardés et expérimentés selon l'intérêt des partenaires à y collaborer.

4.1.2.3. Programme de prévention des abus (Cf. DAIS 22)

Situation actuelle :

Le taux d'incidence des nouvelles prises en charge pour abus, violence et négligence dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse 1993-1999, est de 3,3 pour 1 000 dans notre région, ce taux est significativement plus faible que celui du Québec qui est de 4,4. Les onze CLSC de la région dispensent actuellement un *Programme de prévention des abus* (PPA) couvrant les aspects psychologique, verbal, physique et sexuel dans toutes les classes de 3e année des écoles primaires de Chaudière-Appalaches.

Quatre organismes communautaires de la région contribuent également à la prévention des abus, il s'agit d'Espace Chaudière-Appalaches *Programme de prévention des abus commis envers les enfants* (PPACEE), de deux centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Chaudière-Appalaches (CALACS) et de La Jonction pour Elle (Maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale).

L'Unité régionale de loisirs et de sports (URLS) œuvre également dans la prévention des abus sexuels à l'intérieur de son cadre d'intervention.

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Soutien à l'implantation du programme par des mesures d'animation (rencontres) et de formation des intervenants pivots des CLSC ;
- Développement et soutien à l'évaluation d'implantation et des effets du programme ;
- Élaboration, approvisionnement et distribution des outils d'animation ;
- Reddition de comptes.

Les CLSC :

- Application du programme dans les écoles de la région ;

- Interventions et référence psychosociales de première ligne pour les enfants dépistés par le programme;
- Participation à l'évaluation de l'implantation et des effets du programme;
- Contribution à l'élaboration des outils d'animation.

Les organismes communautaires:

- Interventions en milieu scolaire et référence psychosociales pour les enfants dépistés.

Les commissions scolaires:

- Collaboration à l'intégration de l'offre en prévention et promotion en milieu scolaire avec la DSP et les CLSC.

L'Unité régionale de loisirs et de sports:

- Coordination des actions pour les abus et harcèlement sexuel en matière de loisir et de sport.

Perspectives:

Nous devons finaliser l'évaluation du programme PPA afin que, si les résultats sont favorables, il puisse éventuellement être intégré dans la mise à jour du PNSP. Nous comptons donc poursuivre l'implantation du programme, nous assurer de la complémentarité des interventions faites par les organismes communautaires et l'arrimer avec le développement de la gamme des services en agression sexuelle dans le cadre des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle ainsi que l'IGC de promotion et de prévention décrite précédemment. Notons que ce programme est grandement apprécié par le milieu scolaire.

4.1.2.4. Enfants témoins de violence conjugale (Cf. DAVS 20)

Situation actuelle:

Le *Programme de resocialisation des enfants témoins de violence conjugale* (RESEN) est en implantation dans la région. Ainsi dès 1996, les premiers groupes d'entraide pour les enfants de 6 à 11 ans ont été créés. L'adaptation du *Programme auprès des adolescents (LADOLESENT)* a été réalisée et l'expérimentation a été effectuée en décembre 2001. La rédaction et la conception des outils sont actuellement en cours.

Ces deux programmes sont donnés uniquement par les maisons d'aide et d'hébergement de la région et s'adressent non seulement aux mères et aux enfants des femmes hébergées ou ex-hébergées, mais aussi aux femmes et enfants qui consultent dans les CLSC et avec lesquels des ententes de services ont été conclues.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Finalisation de la version du *Programme «LADOLESENT»* et son évaluation;
- Suivi de l'implantation du RESEN par les maisons d'aide et d'hébergement.

Les CLSC:

- Référence de la clientèle aux maisons d'aide et d'hébergement en ce qui a trait aux femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants vus en CLSC.

Les maisons d'aide et d'hébergement:

- Prestation des programmes auprès des clientèles.

Perspectives:

Un budget récurrent vient d'être octroyé par le MSSS, pour ces interventions, aux maisons d'aide et d'hébergement; nous continuerons de soutenir la dispensation de ce programme et nous nous assurerons que l'évaluation du programme d'intervention conçu pour les adolescents soit complétée. Un soutien financier sera requis pour assumer la conception des outils d'animation de ce dernier programme et en supporter l'implantation.

4.1.2.5. Consultation en matière de sexualité et contraception (Cf. DAIS 01)

Situation actuelle :

Notre région détient un des plus faibles taux de grossesse à l'adolescence ; 10,1 pour 1 000 comparativement à 19,6 pour l'ensemble du Québec chez les jeunes adolescentes de 14-17 ans (1996-1998), de même que chez les jeunes femmes de 18-19 ans : 40,5 pour 1 000 comparativement à 68,4 pour 1 000 au plan provincial (1996-1998). Il est reconnu que les très jeunes mères se retrouvent à nouveau enceintes assez fréquemment.

Depuis mars 2002, un service régional d'interruption volontaire de grossesse (IVG) de premier trimestre est offert par le Centre hospitalier affilié universitaire – Hôtel-Dieu de Lévis (CHAU – HDL). Les données d'utilisation de ce service qui nous ont été fournies pour une période de 8 mois en janvier dernier démontrent qu'il y a eu 210 IVG au CHAU-HDL au cours de cette période, alors que les besoins de la clientèle régionale seraient de l'ordre de 620 IVG par année pour une rétention régionale visée à 87%. Le service n'est disponible au CHAU – HDL qu'une seule journée par semaine.

Des services de consultation en matière de sexualité sont offerts dans tous les territoires de la région, soit dans les CLSC, soit dans les cliniques médicales, soit dans les CHSGS ou dans les écoles par le biais de cliniques jeunesse ; la contraception orale d'urgence (COU) est disponible à tous ces endroits ainsi qu'auprès des pharmaciens.

Aucune activité de prévention de la grossesse chez les adolescentes n'est effective dans la région hormis dans le cadre des services de counselling pratiqués dans les cliniques jeunesse.

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Soutien à l'implantation du service régional d'IVG au CHAU – HDL ;
- Liaison entre le service régional du CHAU – HDL et les CLSC.

Les CLSC :

- Services pré et post IVG pour les moins de 20 ans ;
- Services de consultation et référence ;
- Interventions individuelles et parfois de groupe par les infirmières dans les écoles ;
- Distribution ou prescription de la pilule du lendemain (COU) ;
- Information et sensibilisation dans le cadre du PSJP.

Les CHSGS :

- Interruption volontaire de grossesse au CHAU – HDL, informations données aux adolescentes si ces dernières refusent le suivi en CLSC ;
- Prescription de la pilule du lendemain dans tous les CHSGS.

Perspectives :

Il y aura accroissement de l'accessibilité aux services d'IVG du CHAU – HDL, autant pour les jeunes que pour les adultes. L'accès à la COU sera maintenu et devrait être développé auprès des pharmaciens. Nous analyserons la faisabilité d'accroître l'accessibilité au counselling en matière de sexualité et contraception par le biais de cliniques jeunesse en milieu scolaire. Une emphase particulière sera mise sur la prévention d'une deuxième grossesse chez les jeunes mères dans le cadre du PSJP. Des ressources médicales en CLSC pourraient contribuer directement à la prévention des grossesses chez les jeunes par une implication spécifique dans les écoles.

4.1.2.6. Consommation d'alcool (Cf. DAS 12, 14 et TNI 04)

Ces activités relèvent du niveau national. Toutefois, à l'automne 2000, il y a eu un projet régional visant à sensibiliser les adultes significatifs, dont les parents d'adolescents, sur la banalisation de la consommation d'alcool chez les jeunes et sur la trop grande permissivité collective face à cette problématique. Chacune des Tables locales jeunesse en prévention a pu supporter la diffusion d'affiches locales sur cette problématique.

Une sensibilisation est réalisée auprès de tous les étudiants de secondaire V de Beauce-Etchemins, Bellechasse, Lotbinière via les regroupements intersectoriels de prévention de l'alcool au volant. Cette activité se tient dans le cadre des bals et après-bals des finissants. Les partenaires de l'éducation nous ont souligné l'importance d'intervenir au niveau secondaire pour rejoindre une clientèle plus vulnérable. Par ailleurs, la littérature nous mentionne l'importance d'intervenir au 3e cycle du primaire.

Pour les trois prochaines années, aucun nouveau service n'est prévu si ce n'est par le biais de l'extension à toute la région de l'intervention concertée visant la réduction de la conduite en état d'ébriété (voir 4.3.1.) ou le développement de l'IGC de promotion et de prévention à partir de l'école décrite précédemment.

4.1.2.7. Campagnes de communication sociétales (Cf. DAS 08)

Situation actuelle:

Le MSSS a favorisé une approche clientèle, qui a pris la forme d'une Campagne Jeunes et qui a intégré sous un même chapeau des problématiques auxquelles les jeunes peuvent être confrontés durant leur adolescence : MTS-SIDA, agression sexuelle, jeu excessif, détresse et tabagisme. Cette campagne qui débute sa troisième année actuellement, s'est réalisée en partenariat avec plusieurs collaborateurs, dont le réseau de la santé et des services sociaux, le milieu de l'éducation et des organismes communautaires. Ainsi, depuis l'automne 2001, la Campagne Jeunes a été mise de l'avant par le MSSS sous la thématique : « *Parler c'est grandir* ». Il s'agit d'une approche globale de communications intégrées, qui a permis une synergie entre les stratégies développées pour chacune des problématiques et favorisé une plus grande efficacité des actions en découlant, tout en s'assurant que chacune des problématiques soit bien visible.

La campagne est diffusée par divers outils de communication de masse sous le thème « *Parler c'est grandir* » soit la télévision, la radio, le cinéma, Internet et du matériel promotionnel. Plusieurs activités relevant un caractère novateur se sont déroulées en Chaudière-Appalaches, notamment « *Ados Express* », « Commando théâtral » et la pièce de théâtre « *Facile à dire* ».

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Services de support à la communication pour la réalisation de communiqués, l'organisation de conférence de presse, etc. ;
- Services de support à la planification et la coordination avec les partenaires pour la réalisation des activités de promotion et de prévention ;
- Diffusion de matériel promotionnel dans le réseau.

Perspectives :

Nous poursuivrons les activités de support aux communications et débuterons l'élaboration d'un plan de communication pour 2004-2006 visant les habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents, et la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent tels la violence, les agressions sexuelles et les problèmes de santé mentale.

4.1.3. Adultes

Cette section présente les services préventifs offerts principalement à la clientèle des adultes de notre région.

4.1.3.1. Consommation d'alcool (Cf. DAVS 11, 13, 14, SAT 12 et TNI 04)

Situation actuelle:

Depuis janvier 2003, les onze CLSC de la région offrent le *Programme Alcochoix* et, bien que les intervenants aient reçu une formation en 2003, un support est nécessaire pour l'implantation de celui-ci à l'intérieur de chacun des CLSC. Une coordination régionale (entente avec le CLSC et CHSLD de la MRC Desjardins) assure la supervision de l'implantation régionale du programme et le soutien aux responsables du programme dans les onze CLSC. De plus, 1 000 affiches et 25 000 cartes d'affaires ont été imprimées et distribuées auprès des onze CLSC. Une publicité dans chacun des hebdos régionaux (1/6 de page) a été réalisée en juin 2003 et d'autres sont prévues.

Concernant la recherche de cas et du counselling sur la consommation d'alcool, il existe un outil le «DÉBA-A/D» visant le dépistage et l'évaluation du niveau d'aide des services de première et de deuxième ligne en matière de drogues et d'alcool. Les onze CLSC de la région ainsi que les organismes communautaires en toxicomanie et le Centre de réadaptation alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRATCA) utilisent cet outil depuis quelques années. Ils ont reçu une formation à cet effet par le CRATCA.

Depuis septembre 2003, la DSP est responsable du dossier Alcochoix qui, depuis son implantation, était assumée par la Direction de l'organisation des services et des affaires médicales et universitaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux.

En vue de réduire les conséquences liées à la conduite automobile avec les facultés affaiblies par l'alcool, différentes actions sont réalisées sur les territoires de Beauce-Etchemins, Bellechasse et Lotbinière. Elles ont pour objectif de susciter et de valoriser la mise en place d'alternatives de transport à la conduite avec facultés affaiblies ainsi que de promouvoir et valoriser l'utilisation de celles-ci.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination régionale par l'intermédiaire du CLSC et CHSLD de la MRC Desjardins (entente de service);
- Publicité régionale.

Le CRATCA:

- Formation sur l'utilisation de l'outil le «DÉBA-A/D»;
- Intervention de deuxième ligne en toxicomanie.

Les CLSC:

- Offre du *Programme Alcochoix* (3 formules);
- Dépistage et intervention de première ligne ou orientation vers les services de deuxième ligne par l'utilisation de l'outil le «DÉBA-A/D».

Perspectives:

Nous aurons à évaluer l'implantation du *Programme Alcochoix* (3 formules) offert par les onze CLSC de la région et par la suite à ajuster l'offre de service en conséquence. Une nouvelle édition québécoise du *Programme Alcochoix* sera expérimentée au printemps 2004. De nouvelles formations seront à prévoir en vue d'implanter la nouvelle édition. Pour ce qui est de la recherche de cas et du counselling sur la consommation d'alcool, nous n'envisageons pas d'en développer la promotion et le soutien aux médecins dans le présent plan triennal.

4.1.3.2. Toxicomanies et substances psychotropes (Cf. DAVS 15)

Situation actuelle:

L'accessibilité actuelle aux traitements de substitution (par exemple : la méthadone) pour les usagers de substances psychotropes ne permet pas de répondre aux demandes de la région. Les besoins régionaux ont été estimés à 75 clients et le programme ne peut en desservir que 25 actuellement. Quatre équipes multidisciplinaires sont en place (médecins, pharmaciens, intervenants psychosociaux). Ces équipes ne peuvent desservir plus de clientèle présentement.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support à l'implantation du programme ;
- Liaisons entre le MSSS, le CRATCA et les intervenants de première ligne.

Le CRATCA:

- Coordination des quatre équipes multidisciplinaires dans chacune des sous-régions ;
- Application du programme de maintien à la méthadone.

Perspectives:

Il faudra assurer la récurrence du financement, augmenter les points de service, développer le volet intégration sociale, offrir de la formation, consolider la coordination et le support administratif (personne pivot, secrétariat) et s'assurer de la publicité du programme auprès de la population de Chaudière-Appalaches. De plus, il est envisagé d'améliorer l'accès aux services pour les moins de 18 ans.

4.1.3.3. Santé mentale et suicide (Cf. DAVS 02, 10, 17 et 27)

Situation actuelle:

La région de la Chaudière-Appalaches détient un des plus hauts taux de suicide au Québec. Son taux (27 par 100 000) est supérieur à la moyenne provinciale (19,8 par 100 000) et ce, pour tous les groupes d'âges, à l'exception des 19 ans et moins. En moyenne, 105 personnes s'enlèvent la vie chaque année, dont 73% sont des hommes. De plus, en moyenne 177 hospitalisations de courte durée pour tentative de suicide ont lieu chaque année dans la région. Ce nombre ne donne toutefois qu'un aperçu très limité de l'ampleur du problème.

La prévalence élevée des suicides en Chaudière-Appalaches fait de la lutte au suicide une priorité régionale qui justifie d'élargir l'offre de service de santé publique aux activités priorisées dans le *Plan d'action global* pour prévenir le suicide dans la région, adopté en 1997 par le CA de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, puis renouvelé pour les années 2001-2004. Le Comité régional de prévention du suicide, formé des onze responsables de la prévention du suicide dans les CLSC et de la responsable du dossier à la DSP, planifie le développement régional des objectifs du plan d'action et chacun des responsables assure le déploiement du plan d'action dans sa MRC. Des activités visant à soutenir les endeuillés par suicide dans les territoires sont également rendues disponibles par l'intermédiaire des comités tripartites en santé mentale.

Trois centres d'écoute téléphonique (le Service d'écoute, de référence et d'information (SERI), SOS Ondes-Amitié et le Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins) contribuent à l'atteinte de cet objectif en assurant une ligne d'écoute pour toute personne vivant de la détresse psychologique. De même, la centrale Urgence-Détresse et les CLSC de la région contribuent à la prévention du suicide en assurant les services de crise 24/7. Trois organismes communautaires contribuent également à l'atteinte d'un

des objectifs du *Plan d'action régional* en collaborant à la formation de sentinelles (le SERI, SOS Ondes-Amitié et Partage au masculin). D'autres organismes et établissements contribuent à certains objectifs en participant à des protocoles d'entente interétablissements et en travaillant à améliorer la concertation entre les différents services dans le but d'améliorer la continuité des services offerts aux personnes suicidaires et à leurs proches.

La DSP est chargée de la planification et de la coordination pour l'ensemble des activités visant à réduire le suicide bien que certaines de celles-ci débordent du champ de la pratique de santé publique.

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Support logistique et administratif aux responsables de la prévention du suicide dans les CLSC, aux experts cliniques dans les CLSC, ainsi qu'aux autres partenaires ;
- Support d'expertise en suicidologie aux responsables du suicide, aux experts cliniques ainsi qu'aux autres partenaires ;
- Coordination des travaux du Comité régional de prévention du suicide ;
- Interventions auprès des médecins cliniciens.

Les CLSC :

- Participation au développement régional du *Plan d'action* ;
- Mise en œuvre du *Plan d'action* au niveau local : sensibilisation de divers groupes, milieux et entreprises à la problématique du suicide, formation de sentinelles, amélioration de la continuité des services par l'établissement de protocoles d'entente (intra et interétablissements), rôle de personne-pivot (ressource d'expertise locale en prévention du suicide) entre les experts cliniques, les intervenants de CLSC, les organismes et les partenaires de la MRC.

Les médecins et cliniciens de première ligne :

- Dépistage, traitement et référence de la clientèle à risque.

Les organismes communautaires :

- Service d'écoute, de référence et d'information ;
- Collaboration à la formation de sentinelles.

Perspectives :

Un budget alloué récemment aux CLSC de la région permettra d'améliorer la continuité des services offerts aux personnes suicidaires et à leurs proches, la prise en charge et le suivi intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide, par l'ajout de temps ressources humaines en CLSC.

Nous souhaitons déployer la campagne régionale pour contrer la tolérance face au suicide et solliciter la collaboration des autres secteurs (développer une phase 2 et possiblement une phase 3) de la campagne *J'me branche sur la vie*. Finalement, il faudrait développer une approche globale et concertée de prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes en lien avec l'IGC.

Nous voulons poursuivre le déploiement du *Plan d'action régional*, tout en accentuant la sensibilisation aux risques que présentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès qui n'avaient pas été priorisées jusqu'à maintenant. De même, certaines activités devront être ajoutées ou accentuées, comme l'amélioration de la continuité des services afin de répondre aux priorités du Plan d'action gouvernemental à paraître (principalement pour l'axe intervention, évaluation, prise en charge et suivi dans la communauté des personnes à potentiel suicidaire élevé).

Finalement, deux projets de recherche sont actuellement en cours d'élaboration dans le but de mieux comprendre la problématique du suicide dans notre région (voir 4.9.1.).

4.1.3.4. Agression sexuelle et violence conjugale (Cf. DAVS 09 et 18)

Situation actuelle:

Les médecins de la région ont pu recevoir ou recevront, dans le cadre de leur programme de formation continue, une formation adaptée à leur pratique, afin de dépister les femmes susceptibles de vivre de la violence conjugale. Deux des quatre sous-régions de la Chaudière-Appalaches, soit Beauce-Etchemins et Montmagny-L'Islet ont déjà reçu cette formation en 2002-2003. Deux autres formations sont prévues pour les sous-régions du Littoral et de l'Amiante en 2003-2004.

Les CALACS offrent depuis 1991 un volet de prévention/sensibilisation à la problématique des agressions à caractère sexuel.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support à la concertation régionale, à la planification et à l'organisation en regard de la formation au dépistage.

Les CLSC:

- Dépistage et intervention dans le cadre des services psychosociaux courants;
- Interventions et suivis au niveau des services Urgence détresse (24/7);
- Implication au niveau des protocoles sociojudiciaires en matière de violence conjugale;
- Implication aux Tables de concertation intersectorielle en matière de violence conjugale et au comité intersectoriel régional sur les agressions sexuelles.

Les organismes communautaires:

- Activités de prévention et de sensibilisation;
- Services d'intervention auprès des enfants témoins de violence.

Perspectives:

Un comité régional en matière d'agression sexuelle sera bientôt mis sur pied. Des besoins spécifiques en matière de formation, incluant celle sur le dépistage de cas, y seront certainement discutés conjointement avec la DSP et en regard des activités prévues au PNSP.

Par ailleurs, selon les recommandations du Forum de la population consulté dans le cadre de la démarche d'élaboration du *Plan d'action régional*, l'accent devrait être mis davantage auprès de la clientèle des aînés pour les trois prochaines années.

4.1.4. Aînés

Cette section présente les services offerts aux personnes aînées de la région.

4.1.4.1. Consommation inappropriée de médicaments psychotropes (Cf. DAVS 16)

Situation actuelle:

En 1998-1999, la DSP a élaboré un protocole de réduction de la consommation de benzodiazépines dans les CLSC et CHSLD de la région, avec la collaboration du Centre de santé Paul-Gilbert, du Centre de santé des Etchemins, d'un pharmacien et d'un médecin. L'année 1999-2000 a été l'année de l'implantation et jusqu'en 2002, le suivi a été assuré par la DSP. Par ailleurs, au cours de l'année 2001-2002, des activités de sensibilisation ont été réalisées auprès de cinq groupes *VIACTIVE* sur la consommation inappropriée et les moyens alternatifs à la consommation de médicaments psychotropes.

Peu d'interventions en ce sens sont réalisées en milieu hospitalier ou en CLSC.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Activités de sensibilisation avec les partenaires concernés.

Les CHSGS:

- Interventions préventives chez la clientèle hospitalisée.

Les CLSC:

- Interventions préventives auprès de la clientèle MAD, par exemple.

Perspectives:

Les activités en cours devraient être reconduites. Par ailleurs, la DSP devrait élaborer et mettre en œuvre un *Plan d'action régional* en privilégiant l'approche globale et concertée de promotion et de prévention afin d'agir sur des facteurs de risque communs aux problématiques d'adaptation sociale, avec les partenaires concernés dans le but de réduire la consommation inappropriée de médicaments psychotropes.

4.1.4.2. Abus, négligence, agression sexuelle et violence (Cf. DAVS 18)

Situation actuelle:

En 1995, une « formation sur le dépistage des abus envers les aînés vivant dans la communauté » initiée par les CLSC et CHSLD de la MRC de la Nouvelle-Beauce, avec la collaboration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, a été offerte aux intervenants de la région.

Certains CLSC, de concert avec des organismes locaux, offrent également des services spécifiques face aux personnes âgées touchées par la problématique des abus.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support à la concertation régionale, à la planification et à l'organisation en regard de la formation au dépistage et de la mise à jour sur les problématiques.

Les CLSC:

- Dépistage via la clientèle du maintien à domicile notamment auprès des personnes âgées;
- Dépistage dans les services psychosociaux courants;
- Réponse et suivi via les services « Urgence détresse » (24/7).

Les organismes communautaires:

- Soutien aux personnes dépistées.

Perspectives:

Suite aux activités préparatoires à l'organisation du contenu des deux autres formations adaptées à la pratique clinique des omnipraticiens, sur le dépistage des abus chez les personnes âgées et les cas d'agression non déclarés, celles-ci seraient alternativement offertes, par le biais de la « formation continue des médecins », dans les sous-régions de la Chaudière-Appalaches.

Selon les recommandations du Forum de la population consulté dans le cadre de la démarche d'élaboration du *Plan d'action régional*, l'accent devrait être mis davantage sur cette problématique auprès de la clientèle des aînés pour les trois prochaines années.

Il serait fort intéressant de pouvoir offrir à nouveau de la formation aux intervenants du réseau, mais aussi aux intervenants du milieu communautaire, qui offrent des services aux personnes âgées et aux femmes, afin d'assurer le dépistage précoce de personnes susceptibles de vivre des situations d'abus, d'agression ou de violence conjugale. Enfin, il y aurait lieu de s'assurer que toutes les informations pertinentes quant aux recours, aux ressources et aux services existants, puissent être transmises aux professionnels,

aux intervenants et à la population selon les modes les plus appropriés.

4.1.4.3. Incitation et renforcement à la participation des aînés (Cf. DAVS 21)

Situation actuelle

L'espérance de vie ne cesse de progresser chez les personnes âgées. Toutefois, il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie, il faut aussi augmenter l'espérance de vie en bonne santé. La majorité des personnes âgées de 65 ans et plus se perçoivent en bonne santé ou très bonne santé (79%) (Enquête sociale et de santé (ESS) 1998). La possibilité de retarder, éviter ou atténuer de nombreux problèmes de santé requiert que l'on maintienne une approche dynamique de promotion et de prévention qui favorise un vieillissement de qualité, l'implication sociale et le maintien de l'autonomie.

L'activité physique est un moyen unique pour maintenir la qualité de vie des aînés et mobiliser les aînés. Depuis quinze ans, au-delà de 400 aînés ont été formés afin d'offrir des séances *VIACTIVE*. Au fil des années, l'activité physique est devenue un prétexte pour réunir les aînés, les faire bouger et leur parler de saines habitudes de vie. Ainsi, en l'an 2000, la région comptait plus de 110 groupes *VIACTIVE*. Plus de 4 000 aînés, hebdomadairement se donnent rendez-vous pour bouger en groupe, parler « santé » (ex. : prise de tension artérielle, abus négligence, consommation adéquate de médicaments, Taï Chi, saine alimentation, etc.) et participer à des activités sociales (jeu de baseball-poche, jeu de mémoire, jeu d'observation, etc.). Le réseau *VIACTIVE* rejoint majoritairement des femmes vivant seules, à faible revenu et habitant dans un secteur rural.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support conseil et de développement auprès des organismes qui gèrent le réseau *VIACTIVE* sur le territoire.

Les CLSC:

- Service conseil et technique en prévention auprès des organismes communautaires *VIACTIVE*.

Les organismes communautaires:

- Développement, promotion et suivi du réseau *VIACTIVE*.

Perspectives:

Les principaux défis du réseau sont de soutenir les bénévoles, renforcer le partenariat avec les ressources du milieu, assurer une relève tant au niveau des bénévoles que des participants. Également, une meilleure connaissance des besoins et intérêts des 50-65 ans est nécessaire et une continuité à *VIACTIVE* doit être assurée pour rejoindre les personnes très âgées ou en perte d'autonomie. À cette fin, l'adaptation d'outils pour les personnes de 75 ans et plus en perte d'autonomie serait requise.

Il faudra consolider le financement aux organismes qui gèrent le réseau *VIACTIVE* dans la région et poursuivre la promotion de *VIACTIVE*. Il reste encore beaucoup de potentiel de développement pour outiller les animateurs et leur permettre de sensibiliser et informer leurs pairs sur différents problèmes comme la consommation de médicaments, l'abus et la négligence, la prévention des chutes, la saine alimentation et les jeux de hasard, etc.

4.2. Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques

Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques (HVMC) couvre un ensemble de problèmes de santé physique chez les clientèles de tous âges.

4.2.1. Saines habitudes de vie

4.2.1.1. Interventions intégrées sur les habitudes de vie

Auprès des jeunes en milieu scolaire (Cf. HVMC 09)

Situation actuelle

Au Québec, un enfant sur quatre présente, à l'âge de 9 ans, un facteur de risque modifiable de maladie cardiovasculaire (MCV). Nous assistons actuellement à une hausse inquiétante de l'obésité, de la sédentarité et du tabagisme chez les jeunes. Les enfants et les adolescents qui souffrent d'embonpoint courent plus de risque de devenir des adultes obèses ou ayant une surcharge pondérale. Les jeunes atteints d'embonpoint sont plus sujets au diabète, à la dyslipidémie, à l'hypertension artérielle (HTA) et aux problèmes de santé mentale attribuables à la discrimination et à l'exclusion sociale. À cet effet, la nouvelle entente MSSS-MÉQ, signée en mars 2003, permettra de définir les services préventifs en milieu scolaire afin de favoriser le développement de saines habitudes de vie (alimentation, activité physique et non-usage du tabac, santé dentaire), de comportements sécuritaires et d'un environnement favorable à la santé, au bien-être et à la réussite des jeunes.

Ces services s'inscriront dans le cadre de l'intervention globale et concertée en promotion de la santé et prévention à partir de l'école, décrite à la section 4.1.2.1. du présent document.

Auprès des jeunes et adultes en première ligne (Cf. HVMC 10)

Situation actuelle:

Le tabagisme, les habitudes alimentaires et la sédentarité sont les trois principales causes de décès par maladies chroniques et par cancers. Le tabagisme est la plus importante cause évitable de mortalité précoce. 85% des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), 30% des MCV et 30% de l'ensemble des cancers dont 85% des cancers du poumon lui sont attribuables. L'excès de poids et l'obésité contribueraient à 51% des cas de diabète de type 2, à 27% des cas de cancers de l'endomètre et à 18% des maladies coronariennes au Canada. Dans notre région, le taux ajusté annuel moyen de mortalité (1994-1998) par maladie de l'appareil circulatoire est de 244/100 000. Ce taux est significativement inférieur au taux provincial qui est de 258/100 000. Le taux de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est de 65,2/100 000 et celui par cancer 206/100 000. Ces taux sont similaires à ceux du Québec. Pour leur part, les taux ajustés annuels moyens d'hospitalisation en soins physiques de courte durée sont de 174/10 000 pour les maladies de l'appareil circulatoire, 103/10 000 pour les maladies de l'appareil respiratoire et de 68/10 000 pour les cancers. Ces taux sont également similaires aux taux provinciaux. Dans notre région, en ce qui concerne les comportements liés à la santé, en 1998, 27,1% des adultes de 15 ans et plus atteignaient le niveau recommandé d'activités physiques, 32,6% étaient des fumeurs, 28% présentaient un excès de poids et 13,9% percevaient avoir de moyennes ou mauvaises habitudes alimentaires. Ces données sont similaires aux données provinciales.

Le counselling individuel ou de groupe concernant les habitudes de vie fait partie intégrante des pratiques cliniques préventives de nombreux professionnels de la santé (médecins, infirmières, dentistes, hygiénistes dentaires, nutritionnistes, pharmaciens, inhalothérapeutes, etc.) tant en CLSC qu'en cliniques privées ou en CHSGS.

En CLSC ou dans les milieux de vie desservis par les CLSC (milieux scolaires, municipal, de travail), les services de counselling sont offerts aux personnes qui consultent par le biais de différents programmes ou activités. Les activités sont réalisées par des professionnels provenant de divers secteurs: services courants, prévention et promotion, famille-enfance-jeunesse (FEJ), maintien à domicile, info-santé, immunisation. Des activités éducatives axées sur de saines habitudes de vie sont aussi réalisées auprès des personnes atteintes de MPOC.

Actuellement dans notre région, les activités éducatives et environnementales portant sur les habitudes de vie ne sont pas conçues et réalisées dans le cadre d'un programme ou d'une intervention intégrée de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques. Cependant, le *Programme de santé cardiovasculaire* (SCV) implanté dans les onze CLSC, combine à la fois des actions éducatives (counselling des saines habitudes de vie), environnementales (milieu de travail, communauté) et des activités de dépistage de l'HTA. En ce qui concerne les actions environnementales, elles sont principalement réalisées par les conseillers Kino-Québec de la DSP et consistent en la promotion de la création d'environnements et de contextes d'activités favorisant la pratique régulière d'activités physiques.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Soutien aux intervenants CLSC par des rencontres d'information;
- Organisation des formations pertinentes.
- Diffusion d'outils promotionnels;
- Interventions auprès de partenaires sur la création d'environnements appropriés.

Les CLSC:

- Counselling individuel concernant les saines habitudes de vie dans le cadre du programme SCV et parfois de groupe pour personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques dans certains CLSC;
- Réalisation d'activités de dépistage de facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (programme SCV).

Les médecins en clinique et CHSGS et autres cliniciens en première ligne:

- Counselling individuel sur les habitudes de vie.

Perspectives:

Nous verrons à déployer une offre de service de counselling individuel et/ou de groupe concernant les habitudes de vie (tabac, alimentation, activité physique, santé dentaire) dans le cadre d'une intervention plus globale et intégrée de type 0-5-30 (0 cigarette, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'exercices par jour). Pour réaliser les services prévus, il faudra s'assurer de la disponibilité des ressources humaines et financières nécessaires et de la faisabilité des changements organisationnels et des pratiques professionnelles. Il est essentiel d'assurer la présence minimale d'un intervenant en prévention et promotion à temps complet dans chacun des onze territoires locaux actuels.

La promotion des pratiques préventives jugées efficaces demeure une priorité. Des mesures de soutien tels le développement d'outils et l'offre de formations adaptées aux besoins des cliniciens (médecins, infirmières, nutritionnistes, hygiénistes dentaires etc.) nous apparaissent aussi indispensables. La promotion et le soutien des cliniques préventives se feront dans un premier temps auprès des intervenants de CLSC et des Groupes de médecine de famille (GMF). Pour rejoindre les médecins de cliniques privées nous ferons appel à des délégués médicaux. Ces derniers rencontreront les médecins pour évaluer les pratiques préventives, connaître leurs besoins, transmettre de l'information et offrir des outils de soutien selon les besoins exprimés.

Par ailleurs, certaines pratiques médicales préventives pourraient aussi être partagées par des professionnels de la santé autres que les médecins (exemple: activités d'enseignement et suivi par les infirmières des individus à risque ou atteints de

maladies chroniques tels le diabète, les MCV, les MPOC, l'HTA, etc.). Les GMF présentent une belle opportunité d'expérimenter ce partage en équipe interdisciplinaire.

4.2.1.2. Interventions spécifiques en tabagisme (Cf. HVMC 03, 05 et 11)

Situation actuelle:

Le tabagisme est la principale cause de décès évitable au Québec, 85% des MPOC, 30% des MCV et 30% de l'ensemble des cancers dont 85% des cancers du poumon sont attribuables au tabagisme. De plus, conséquemment à l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes, le taux de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et des poumons chez la femme a triplé entre 1977 et 1998. En 1998, 32,6% des Québécois(es) âgé(es) de 15 ans et plus fumaient (34% pour le Québec). En ce qui concerne les indicateurs de santé pour la région, prenons note du portrait suivant:

- Taux ajustés annuels moyens de mortalité 1995-1998/100000 (région et province de Québec):
  - par maladies de l'appareil respiratoire (65,2 vs 65,6)
  - par MPOC (39,4 vs 37,5)
  - par cancer du poumon (58 vs 65)
- Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée 1995-99/100000 (région et province de Québec)
  - par maladies de l'appareil respiratoire (103 vs 96)
- Taux ajusté annuel moyen d'incidence du cancer 1994-98/100000 (région et province de Québec)
  - par cancer du poumon (69 vs 76)
  - pour tous les cancers (399 vs 424)
- Prévalence de l'asthme (%) (1998): 4,0 pour Chaudière-Appalaches et 5,0 pour le Québec.

Dans notre région, des activités et services sont offerts en prévention du tabagisme chez les jeunes par l'application généralisée du *Programme Méchant problème* et, en cessation pour l'ensemble des fumeurs par l'entremise des services associés au *Programme québécois d'abandon du tabagisme* (PQAT) et des cours *Oui, j'arrête*. Une campagne nationale et régionale de promotion du PQAT est en cours. Tous les CLSC de la région ont un Centre d'abandon du tabagisme (CAT) pour leur population; ils offrent tous des services de soutien (intervention brève ou complète et soutien intensif) individuels ou de groupe.

Chaque année, notamment dans le cadre de la semaine sans fumée, des activités de communication nombreuses et variées font la promotion du non-usage du tabac.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support aux intervenants CLSC (rencontre d'information, formation, distribution de matériel promotionnel) dans le cadre des services de cessation associés au PQAT et des activités de prévention du tabagisme;
- Planification et coordination des activités du PQAT;
- Planification et coordination des services des CAT et établissement des liens entre eux,
- Organisation de la formation des intervenants des CAT;
- Organisation de la formation des professionnels de la santé intéressés à faire du soutien;
- Promotion des services auprès de la clientèle et des partenaires;
- Promotion de l'intervention minimale auprès des professionnels de la santé;
- Promotion grand public du non-usage du tabac.

Les CLSC:

- Promotion du non-usage du tabac dans le cadre du programme SCV et dans l'offre de service en prévention et promotion en milieu scolaire;
- Offre des services des CAT;
- Counselling concernant le tabagisme dans le cadre du PQAT et des CAT.

Perspectives:

Il faudra diversifier et cibler les clientèles auxquelles seront adressés les services de prévention et de cessation tabagique (ex. : femmes enceintes, jeunes filles, etc.). Nous devrions également travailler à la mise en place de cours d'école sans fumée, à la promotion de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, à l'élaboration d'un programme de prévention du tabagisme s'adressant aux élèves de Sec I et II et proposer les programmes *In vivo* et la *Gang allumée* aux écoles secondaires. Cette offre devra être incluse dans celle plus globale de l'IGC et convenue dans l'entente cadre santé-éducation.

Finalement, il faudra consolider les services de counselling minimal par les professionnels de la santé du territoire (médecins, dentiste, pharmaciens...), ainsi que les services de cessation tabagique en CLSC (counselling bref par les intervenants des services courants et intervention complète et soutien intensif par les intervenants des CAT).

4.2.1.3. Interventions spécifiques pour une saine alimentation (Cf. HVMC 01 et 04)

Situation actuelle:

Une grande majorité des adultes de 18 à 74 ans ne suivent pas les recommandations du Guide alimentaire canadien pour une saine alimentation. En effet, selon l'Enquête sur la nutrition (1990), moins de 45% des hommes et des femmes consomment cinq portions et plus de fruits et légumes par jour, 43% des femmes et 67% des hommes consomment cinq portions de produits céréaliers et 33% des hommes et des femmes ont un apport énergétique en lipides de 30% et moins. Plus récemment (1998), la population des 15 ans ou plus percevant avoir de moyennes ou de mauvaises habitudes alimentaires était de 13,9% en Chaudière-Appalaches (pas de différence avec la province).

Les projets de cuisines collectives et les activités d'éducation et de formation pour la clientèle démunie aident à mieux connaître la saine alimentation et à l'intégrer dans les repas quotidiens. Pour plus d'informations sur le sujet des cuisines collectives, le lecteur peut se référer à la section 4.7.2. du présent document.

En ce qui concerne l'alimentation, les services offerts en CLSC, par les nutritionnistes, s'adressent davantage à des personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques, et sont axés davantage sur le curatif. D'autres activités sont réalisées par d'autres intervenants de CLSC et touchent des clientèles spécifiques (PCNP, OLO, SCV, boîtes à lunch dans les écoles). L'intensité des activités en CLSC consacrées à la promotion d'une saine alimentation varie considérablement d'un établissement à un autre.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support aux intervenants et parfois au milieu scolaire principalement durant le mois de la nutrition (Mars);
- Promotion du programme de l'Association régionale du sport étudiant de Québec et Chaudière-Appalaches (ARSEQCA) *Chaque jour, moi j'croque cinq fruits et légumes*;
- Mise à jour des connaissances des intervenants en nutrition dans le cadre du programme SCV;
- Recommandations sur le volet nutrition du PCNP.

Les CLSC:

- Promotion de la saine alimentation dans le cadre des programmes de SCV, NEGS, PSJP, OLO et santé dentaire;
- Réponse aux demandes ponctuelles (plus souvent de nature curative) par les nutritionnistes.

Perspectives:

La révision de la Politique en matière de nutrition (1977), et des orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire (1988) sont en cours. Lorsque les actions en promotion et prévention seront bien identifiées, la DSP et les CLSC réaliseront leur mise en œuvre. Cette démarche devra s'inclure dans celle, plus globale, de l'IGC prévue dans l'entente cadre santé-éducation.

Le programme de l'ARSEQCA sur la consommation des fruits et légumes fera l'objet d'une offre auprès de toutes les écoles de notre région. Les activités axées sur l'acquisition d'une saine alimentation en milieu scolaire devront être réalisées dans le cadre de l'IGC décrite à la section 4.1.2.1 du présent document.

Dans le cadre d'une intervention intégrée de prévention des maladies chroniques (voir 4.2.1.1.), on développera en CLSC la consultation brève en nutrition suivie de références au besoin à la nutritionniste. La possibilité d'intégrer le volet nutrition dans les groupes de médecine de famille (GMF) sera également explorée.

4.2.1.4. Interventions spécifiques en activités physiques (Cf. HVMC 02 et 08)

Situation actuelle:

Sur une base annuelle, près de la moitié (45,4%) de la population en Chaudière-Appalaches n'atteint pas la quantité d'activités physiques recommandée pour retirer des bénéfices appréciables pour la santé, soit 30 minutes de pratique régulière d'activités physiques modérée par jour et/ou une dépense énergétique d'au moins 1 000 KCal par semaine. Le profil régional de pratique de l'activité physique est sensiblement identique à celui du Québec.

Plus de la moitié des jeunes de 15 à 19 ans (57% des filles et 51% des garçons) n'atteignent pas la recommandation du Consensus international sur l'activité physique à l'adolescence qui est de participer à trois séances d'activités physiques ou plus par semaine, d'une durée d'au moins vingt minutes et d'une intensité moyenne ou élevée.

Une convention pour le *Programme Kino-Québec* a été signée par le Secrétariat au loisir et au sport, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les régies régionales. L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a, entre autres, la responsabilité de la gestion régionale du *Programme Kino-Québec*. La lutte à la sédentarité et la promotion de l'activité physique pour la région de la Chaudière-Appalaches est assurée par la Direction de santé publique. Pour actualiser le Plan d'action régional de la promotion de l'activité physique *(Programme Kino-Québec),* la majorité des collaborations ont été développées avec différents partenaires dans divers milieux tels que les municipalités (avec les services des loisirs, etc.), les écoles (avec les éducateurs physiques, les activités parascolaires, l'aménagement de la cour d'école, etc.), les milieux de travail (avec les comités de santé, les ressources humaines, etc.), et les organismes communautaires. Présentement, il y a peu de ressources en CLSC attitrées au dossier de la lutte à la sédentarité et à la promotion de l'activité physique dans le réseau de la santé.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Promotion et réalisation de campagnes publiques (ex.: aller-retour sécuritaire à l'école, promotion des sites de marche, *Plaisir sur Glace*, promotion des centres de ski de fond et des pistes cyclables, campagne «*Amène un ami* », etc.);
- Production et diffusion de matériel promotionnel auprès des milieux: scolaire, municipal, communautaire et de travail (ex.: répertoire des sentiers et des clubs de marche, guide vélo, répertoire des centres de ski de fond, brochure *La marche pourquoi pas, Active pour la vie*, etc.);
- Production et diffusion de documents ainsi que la mise à jour des connaissances auprès des partenaires

(ex. : *Proposition du directeur de santé publique pour contrer le désengagement des jeunes face à la pratique d'activités physiques. Mieux vivre ensemble dans la cour d'école*, Avis du comité scientifique, guide d'animation *Plaisir sur glace*, guide d'animation *VIACTIVE*, projet de recherche *Ma récré préférée*, etc.);

- Incitation et support à l'organisation d'activités physiques dans les différents milieux ;
- Divers types de mesures incitatives telles que des politiques, des programmes de subvention sont mis en place pour encourager la création d'environnements physiques favorables dans les milieux scolaire, municipal, communautaire et de travail. (Ex. : animation et aménagement de la cour d'école, bourse *Prenez l'air avec Kino-Québec*, bourse *École Active*);
- Support à la mise en place de mesures de soutien social dans les environnements communautaires (ex. : création de clubs de marche, création de clubs vélo, *Programme VIACTIVE* ou autres permettant aux adultes d'obtenir du soutien dans leur pratique d'activités physiques) ;
- Support à la mise en place de mesures favorisant divers types d'aménagements comme des infrastructures sportives (ex. : patinoire, terrain de soccer, parc école, mur d'escalade, etc.) ; des infrastructures servant au transport actif (ex. : voie cyclable, support à vélo, sécurisation des lieux) ; et des environnements construits (sentier pédestre, salle d'exercices) ;
- Soutien à la mise en place d'environnements et de contextes favorables à la pratique d'activités physiques chez les adultes en milieu municipal, communautaire et de travail (ex. : programme SCV en milieu de travail) ;
- Soutien à l'établissement de politiques favorables à la pratique d'activités physiques en milieu de travail, au niveau municipal (*Plaisir sur glace*, politique familiale d'accessibilité et de tarification, création de politique municipale en matière d'activités physiques, sportives et de plein air) ;
- Avis sur des schémas d'aménagement et d'environnement durables favorisant la pratique d'activités physiques ;
- Organisation de colloques et de formations diverses (ex. : jeunes leaders scolaires) pour les relayeurs, les intervenants et les bénévoles.

Perspectives :

Les activités actuelles seront maintenues et poursuivies selon les clientèles ciblées du *Plan d'action de Kino-Québec* : les jeunes de 10 à 19 ans, les adultes de 25-44 ans et les 55 ans et plus. En ce qui concerne les jeunes en milieu scolaire, les activités devront s'inscrire dans une approche, plus globale, d'IGC tel que convenu dans l'entente cadre santé-éducation.

4.2.1.5. Interventions spécifiques en santé dentaire (Cf. HVMC 06, 13 et 14)

Situation actuelle :

L'importante diminution de la prévalence de la carie observée dans la plupart des pays occidentaux au cours des dernières décennies, est en grande partie attribuable à l'utilisation optimale des fluorures : soit par l'ajustement en fluor de l'eau potable, soit le brossage quotidien des dents avec du dentifrice fluoruré ou soit la prise de suppléments (ou vitamines) fluorurés. Malheureusement, à peine 7% de notre population bénéficie de l'eau potable fluorurée, comparativement à 14% pour l'ensemble du Québec, 55% pour l'Ontario et 63% pour les États-Unis. Parmi les neuf villes possédant des usines de traitement des eaux desservant une population de plus de 5000 personnes, seules les villes de Montmagny, Saint-Romuald et Saint-Jean-Chrysostome ajustent la teneur en fluorure.

La carie dentaire affecte la quasi-totalité de la population du Québec, dont 56% des enfants de 7 et 8 ans et 75% des jeunes de 14 ans. En Chaudière-Appalaches, le *Programme public régional de services dentaires préventifs* (PPRSDP) permet le dépistage en maternelle de plus ou moins 21% d'enfants à risque élevé de caries. L'application uniforme de ce programme depuis au moins les 10 dernières années, par l'ensemble des 11 CLSC, dans les 4 commissions scolaires de la région et toutes les écoles

concernées, a permis à notre région de réduire l'écart avec l'ensemble de la province de plusieurs indicateurs de santé dentaire.

La méthode de prévention que sont les agents de scellement est une mesure reconnue comme la plus efficace afin de diminuer la prévalence de la carie dentaire sur les faces dentaires de fosses et sillons. Le service se donne actuellement en cabinet privé et rejoint difficilement les clientèles à risque élevé de carie. Le volet bucco-dentaire (0-12 ans) du PNSP inclut cette mesure préventive quoique le financement requis pour son application dans les CLSC reste à être déterminé. En Chaudière-Appalaches, un dépistage systématique en milieu scolaire permettant l'identification des clientèles à risque est effectué par les intervenants de CLSC avec référence en cabinet privé.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Promotion de l'ajustement optimal de fluorure dans l'eau potable;
- Suivi à l'implantation de l'intervention individualisée;
- Bilan annuel des activités;
- Mise à jour et formation des hygiénistes dentaires de CLSC de la région.

Les CLSC:

- Informations sur les bienfaits de la prise des suppléments fluorurés aux parents des enfants dépistés à risque élevé de caries;
- Éducation chez les enfants du primaire sur les bienfaits du brossage quotidien avec du dentifrice fluoruré;
- Dépistage des enfants à risque;
- Applications topiques de fluorure deux fois par année;
- Promotion de saines habitudes alimentaires et d'hygiène dentaire;
- Référence en bureau privé pour les besoins évidents de traitement.

Les cabinets privés:

- Application d'agents de scellement dentaire sur référence des CLSC ou non.

Perspectives:

Nous entendons poursuivre la promotion de la fluoruration de l'eau potable auprès des décideurs. La participation au programme de fluoruration des villes de Lévis, Charny, Saint-Georges, Sainte-Marie, Saint-Étienne-de-Lauzon et Thetford-Mines, permettrait d'atteindre 31 % plus de gens donc, plus ou moins 38 % de la population alimentée par un réseau municipal sur une possibilité totale de 64 % (116 réseaux municipaux distincts).

Nous réaliserons une campagne d'information et de promotion auprès des CPE, des garderies et des écoles primaires offrant les dîners afin d'instaurer une activité quotidienne de brossage avec du dentifrice fluoruré. Nous informerons les divers professionnels de la santé sur les indications et les bienfaits de la prise de suppléments ou vitamines fluorurés.

Il faudra consolider les interventions d'éducation au primaire et d'informations sur la prise de suppléments fluorurés pour les enfants identifiés à risque élevé de caries et poursuivre le service de suivi individualisé pour les enfants à risque élevé de caries déjà dépistés. Les services préventifs offerts aux jeunes du scolaire devront s'inscrire dans une approche plus globale d'IGC tel que convenu dans l'entente cadre santé-éducation.

Nous voulons développer régionalement un arbre décisionnel afin d'identifier les enfants à risque élevé de caries qui pourraient le mieux bénéficier du suivi individualisé et adapter l'actuel PPRSDP en regard de la révision en cours du volet bucco-dentaire du PNSP.

Finalement, la faisabilité de développer l'application d'agents de scellement dentaire dans les CLSC visant la clientèle à risque élevé de caries sera regardée, mais ne constituera pas la mesure privilégiée dans notre région. Nous ferons la promotion de l'application d'agents de scellement dentaire offerte en cabinet privé sur référence ou lors de campagnes de sensibilisation.

4.2.2. Maladies chroniques

4.2.2.1. Dépistage (détection précoce): cancers et hypertension artérielle (Cf. HVMC 12)

La détection précoce de certaines maladies chroniques comme le cancer du sein par la mammographie de dépistage, le cancer du col par le test de Papanicolaou et de l'HTA permet de traiter plus rapidement et efficacement ces maladies, de diminuer la mortalité et la morbidité liées à ces dernières et de prévenir les complications éventuelles. Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer en matière de prévention de ces maladies, et aussi en ce qui concerne le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des personnes atteintes.

Cancer du sein (Cf. HVMC 15)

Situation actuelle:

Au Québec, on estime qu'une femme sur neuf sera atteinte de cancer du sein au cours de sa vie. Le PQDCS a été implanté en mai 1998 dans notre région. L'objectif provincial est de réduire la mortalité par cancer du sein d'au moins 25% sur une période de 10 ans. Pour y arriver au moins 70% des femmes âgées de 50 à 69 ans, doivent passer une mammographie de dépistage aux deux ans. Pour les années 2001-2002, le taux de participation des femmes de la région a été de 58,8%.

Les services du programme sont assurés par les instances suivantes:

- La Direction de santé publique;
- Le Centre de coordination des services de la région (CCSR logé au CHAU–HDL);
- Les 4 centres de dépistage désignés (CDD): Clinique radiologique de Lévis, CHBE, CHRA, CHHDM;
- Les 4 centres de référence pour l'investigation diagnostique (CRID): CHBE, CHRA, CHHDM, CHAU–HDL;
- Les 11 CLSC;
- Les 7 groupes d'entraide suivants: Groupe Espoir Cancer de Lévis (arrondissements Chutes-de-la-Chaudière et Desjardins), Bonjour la Vie (MRC de la Nouvelle-Beauce), Groupe Espérance et Cancer (3 MRC: Beauce-Sartigan, Robert-Cliche et Les Etchemins), Solidarité Cancer du Sein (2 MRC: Montmagny et l'Islet), Association des opérés du sein de la région de l'Amiante (MRC de l'Amiante), Présence Vie Lotbinière (MRC de Lotbinière), Groupe Espoir-Partage de Bellechasse (MRC de Bellechasse).

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination générale de l'implantation du programme;
- Évaluation du programme;
- Soutien et contribution directe aux activités du CCSR;
- Coordination du développement de l'assurance-qualité;
- Support à la formation aux partenaires (Médecins-CDD-CRID-CLSC-Groupes d'entraide);
- Information et promotion relative à l'ensemble du programme;
- Analyse et diffusion des données d'évaluation du PQDCS.

Centre de coordination des services de la région (CCSR):

- Promotion, sensibilisation, information et soutien à la population visée par le programme;
- Invitation des femmes de 50-69 ans à participer au PQDCS;
- Suivi des femmes jusqu'à la prise en charge par un médecin traitant;
- Information et soutien aux médecins de famille;
- Coordination des activités dans les CDD-CRID;
- Soutien aux activités des CLSC et des organismes communautaires;
- Planification et organisation de formations aux partenaires en collaboration avec la DSP.

Les CLSC :

- Soutien aux femmes ayant eu une chirurgie au sein ou en attente de diagnostic ;
- Implication dans diverses activités de promotion du PQDCS.

Les Centres de dépistage désignés (CDD) :

- Service de mammographies de dépistage répondant à de hauts standards de qualité.

Les Centres de référence pour l'investigation diagnostique (CRID) :

- Investigation des femmes ayant eu une mammographie de dépistage anormale et répondant à de hauts standards de qualité ;
- Informations aux médecins de famille.

Groupes d'entraide :

- Activités de marrainage, d'écoute téléphonique, de support et d'accompagnement ;
- Formation et soutien aux bénévoles actuels et nouveaux ;
- Participation à diverses activités promotionnelles régionales et locales portant sur le PQDCS et les services aux femmes atteintes et à leurs proches, (ex. : kiosques, vente de billets, dépliants, conférences, etc.).

Perspectives :

Tous les services offerts actuellement se poursuivront et certains devront même s'intensifier notamment pour accroître le taux de participation des femmes. Par ailleurs, le volet de l'assurance-qualité avec une approche interdisciplinaire devra être développé en suivant les lignes directrices provinciales et en lien avec les structures déjà existantes dans les établissements concernés comme les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et avec les professionnels concernés.

Le PQDCS est une activité prioritaire du PNSP et la DSP est responsable de la mise en œuvre du programme et en est imputable. Une partie seulement des responsabilités de la DSP à cet égard peut être confiée au CHAU – HDL dans ce nouveau cadre légal entourant le PNSP ; en conséquence, nous aurons à réviser les rôles respectifs de la DSP et du CHAU – HDL au regard de la coordination du programme ainsi qu'à préciser les rôles respectifs des partenaires dans le déploiement du volet régional de l'assurance-qualité.

Cancer du col

Situation actuelle :

Au Canada, en 2003, le taux estimé d'incidence du cancer du col est de 8 par 100 000 alors qu'au Québec, il est de 7 par 100 000. Quant aux taux estimés de mortalité, ils sont assez faibles, soient 2 par 100 000, tant au Québec qu'au Canada en 2003. Les données régionales ne sont pas disponibles, sauf pour le nombre de femmes de 15 ans et plus ayant subi un test de Pap (Papanicolaou) au cours d'une période de deux ans (1998) qui est de 62,2 %, ce qui est similaire au taux provincial. Le dépistage du cancer du col est assuré par les médecins dans le cadre de leur pratique médicale (surtout médecins de famille et gynécologues). Actuellement, il n'existe pas de programme de dépistage systématique structuré. Le MSSS, l'INSPQ et le Conseil québécois de lutte contre le cancer étudient actuellement cette question. Au Québec, les services actuels de dépistage du cancer du col utérin ne permettent pas de rejoindre une proportion significative de femmes les plus à risque.

Perspectives :

Il est essentiel de reconsidérer la qualité et la standardisation des tests de dépistage, de promouvoir leur utilisation selon des recommandations de pratique clinique basées sur des données probantes et des critères normatifs de qualité et d'évaluer l'efficacité des nouveaux tests de dépistage. Il y aurait lieu de mieux connaître la situation actuelle pour les femmes de notre région pour ajuster nos actions. Nous aurons à soutenir les cliniciens s'il y a mise en place d'un programme

québécois de dépistage du cancer du col et si un budget de développement est consenti à cet effet.

HTA

Situation actuelle:

Rappelons qu'au Canada, en 2002, l'hypertension artérielle (HTA) touchait 21% de la population, 57% des personnes âgées de plus de 65 ans et 50% des diabétiques. Parmi les individus atteints d'hypertension, 43% de ceux-ci ne sont pas diagnostiqués, 22% ont été diagnostiqués mais ne sont pas traités et 21% sont traités, mais leur tension artérielle est mal contrôlée. Seulement 13% des hypertendus sont diagnostiqués, traités et ont atteint les valeurs cibles de TA. Aucune donnée de ce genre n'est disponible pour la région. La prévention et la prise en charge de l'HTA passe en premier lieu par le traitement non pharmacologique orienté vers la cessation tabagique, des changements nutritionnels et la pratique régulière d'activités physiques d'où l'importance d'offrir des services de counselling tant en CLSC qu'au niveau des cliniques privées et des GMF. Dans la région, le Centre de santé de la MRC de L'Islet a développé et mis en place un protocole de dépistage de l'HTA et de prise en charge des patients des services courants présentant une HTA. Par ailleurs, dans le cadre du programme de SCV, déployé par tous les CLSC de la région, le dépistage de l'HTA était effectué par l'infirmière qui référait au médecin traitant au besoin (TA >140/90 suite à 3 mesures).

Une formation sur l'HTA a également été dispensée aux intervenants des 11 CLSC. D'autre part, deux régions du Québec ont développé et mis en place un protocole de dépistage de l'HTA et de prise en charge des personnes atteintes via les services courants des CLSC. De plus, dans ces mêmes régions, ce thème a été choisi par les médecins de cliniques privées dans le cadre des pratiques cliniques préventives. Les outils développés pourraient être utilisés dans notre région si cette problématique est priorisée.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support aux intervenants du programme SCV (formation).

Les CLSC:

- Prise de la tension artérielle (TA) (3 mesures) lors des cliniques de dépistage des facteurs de risque de MCV (programme SCV);
- Prise de la TA dans le cadre des services courants (Le Centre de santé de la MRC de L'Islet).

Les pharmacies:

- Prise de la tension artérielle et référence au médecin.

Perspectives:

Il sera proposé et discuté avec les CLSC et autres partenaires de la mise en place d'un protocole de dépistage de l'HTA et de prise en charge des personnes atteintes (via les services courants, les cliniques médicales ou les GMF). Nous devrons évaluer les besoins de formation (mise à jour sur l'HTA, counselling sur les habitudes de vie) des intervenants CLSC et autres partenaires intéressés et nous assurer de la formation selon les besoins exprimés.

4.2.2.2. Lutte contre le cancer (Cf. HVMC 16)

Situation actuelle:

Dans moins de 10 ans, les cancers pourraient se classer au premier rang des causes de mortalité. Au Québec, en 2003, 35 500 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués et 18 200 personnes mourront des suites de cette maladie (Institut national du cancer du Canada, 2003). En Chaudière-Appalaches, les taux ajustés d'incidence et de mortalité du cancer sont inférieurs à ceux du Québec. Le taux d'incidence de cancer dans la région est de 399 sur 100 000 pour une

moyenne de 1 519 cas par année (Fichier des tumeurs 1994-1998) et le taux de mortalité est de 206 sur 100 000 ce qui équivaut à 787 personnes en moyenne qui décèdent des suites du cancer chaque année (Fichier de décès 1994-1998). 65% des cancers seraient attribuables au tabagisme, à de mauvaises habitudes alimentaires et à la sédentarité (PQLC, 1998).

L'Agence de santé et de services sociaux élabore actuellement, avec le comité régional de lutte contre le cancer, le *Plan d'action régional* qui intègre tous les volets d'intervention en partant de la promotion prévention jusqu'aux soins palliatifs et de fin de vie dans une perspective de continuité et d'accessibilité des services. Le programme prévoit la disponibilité d'intervenants pivots pour l'oncologie et les soins palliatifs dans les quatre CHSGS et les onze CLSC de la région.

Dans le PNSP, plusieurs activités prioritaires relevant de divers domaines dont les habitudes de vie et maladies chroniques, la santé environnementale et la santé en milieu de travail contribuent à diminuer la mortalité et la morbidité liées aux cancers.

Dans le domaine des habitudes de vie et maladies chroniques, les activités prioritaires sont la promotion de saines habitudes de vie par des activités d'information et de communication, la promotion et l'application de politiques, lois et règlements à l'égard du tabagisme et de l'alimentation, la création d'environnements favorables à la santé, la conception de programmes dans les écoles axés sur les saines habitudes de vie, la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, et le PQDCS.

Dans le domaine de la santé environnementale, les activités prioritaires du PNSP concernent l'amiante et les rayons ultraviolets (RUV). Dans le domaine de la santé en milieu de travail, les activités prioritaires du PNSP comprennent les activités prévues dans l'entente MSSS-CSST qui incluent les cancers d'origine professionnelle.

Pour la présentation des services actuels en prévention et promotion, des partenaires et de leurs rôles respectifs, le lecteur peut se référer aux sections spécifiques du présent document.

Perspectives:

Afin d'avoir une approche plus intégrée en promotion et prévention du cancer, il y aura création de l'équipe d'intervention populationnelle régionale en prévention et en promotion du *Programme de lutte contre le cancer.*

Des activités de promotion de saines habitudes de vie (pour le tabac, l'alimentation et l'activité physique) pour la population en général et les clientèles ciblées sont à prévoir ainsi que des activités de soutien des pratiques cliniques préventives.

Certaines activités de communication, de formation et d'évaluation sont également à prévoir.

4.3. Le domaine des traumatismes non intentionnels

Ce domaine couvre les traumatismes non intentionnels (TNI) ou accidentels intervenant chez les clientèles de tous âges.

4.3.1. Traumatismes routiers (et hors routes) (Cf. TNI 01, 02, 03, 04, 05 et 06)

Situation actuelle:

Selon différentes enquêtes de la SAAQ, la proportion des cyclistes de 5 ans et plus portant le casque protecteur dans la région est passée de 22,1 % en 1996 à 26,9 % en 2002 pour un gain de 4,8 points en six ans. Au niveau provincial, la proportion a varié de 24,5 % en 1996 à 28,6 % en 2002 pour un gain de 4,1 points. Au chapitre de la mortalité, notre région compte le moins de décès chez les cyclistes parmi les 15 régions du Québec.

En Chaudière-Appalaches, la DSP coordonne et supporte les trois regroupements intersectoriels en matière de prévention de l'alcool au volant de la région, couvrant les territoires de Beauce-Etchemins, Bellechasse et Lotbinière. Au niveau local, les intervenants de CLSC des territoires concernés oeuvrent à la réalisation du plan d'action de chacun des trois regroupements actuels. Les partenaires que sont le ministère du Transport du Québec (MTQ), la Sûreté du Québec (SQ), les corps policiers municipaux, la commission scolaire, le bureau du coroner, les MRC, le bureau du procureur de la couronne et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) participent aussi à la réalisation du plan d'action de chacun de ces regroupements. Les clientèles ciblées sont les détenteurs de permis d'alcool, les consommateurs d'alcool utilisant un véhicule moteur, les étudiants, les décideurs municipaux, les organisateurs de fêtes et festivals, les travailleurs et la population en général. Les actions réalisées ont pour objectifs de susciter et de valoriser la mise en place d'alternatives de transport à la conduite avec facultés affaiblies, ainsi que de promouvoir et valoriser l'utilisation de celles-ci. Par exemple, pour Opération Nez-Rouge de notre région, des bénévoles ont reconduit 6 861 conducteurs en moyenne annuellement.

Pour ce qui est du dispositif de retenue pour enfant dans les voitures, les infirmières de CLSC animent les cliniques de vérification de sièges d'auto pour enfants ; la SQ sensibilise les conducteurs automobiles lors de ces mêmes cliniques. De plus, les infirmières effectuent aussi de la sensibilisation à ce sujet lors des visites à domicile, des cliniques de vaccination et des cours prénataux.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination et support des trois regroupements intersectoriels en matière de prévention de l'alcool au volant ;
- Promotion et soutien auprès des infirmières de tous les CLSC de la région, dans le cadre des cliniques de sièges d'auto pour enfants ;
- Planification des cliniques de vérification de sièges d'auto pour enfants.

Les CLSC:

- Participation à la réalisation du plan opérationnel de chacun des trois regroupements intersectoriels en matière de prévention de l'alcool au volant ;
- Animation des cliniques de vérification de sièges d'auto pour enfants.

La Sûreté du Québec

- Réalisation d'opération de sensibilisation à la conduite en état d'ébriété ;
- Sensibilisation auprès des conducteurs automobiles lors des cliniques de vérification de sièges d'auto pour enfants.

La SAAQ:

- Collaboration à la sensibilisation à la conduite en état d'ébriété ;

- Diffusion d'une campagne publicitaire en support des cliniques de vérification de sièges d'auto pour enfants ;
- Support et information auprès des infirmières de tous les CLSC de la région, en regard de la campagne publicitaire.

Perspectives :

L'année 2004 devrait être la dernière année de la réalisation des cliniques de vérification de sièges d'auto pour enfant par les CLSC ; cette sensibilisation sera par la suite réalisée par d'autres moyens. Pour les années qui viennent, aucune activité de sensibilisation du port du casque à vélo n'est prévue en Chaudière-Appalaches.

Par ailleurs, nous voudrions déployer le type de regroupement intersectoriel actuel dans toutes les MRC, pour la conduite en état d'ébriété, et réaliser des actions dans le but de susciter et de valoriser la mise en place d'alternatives de transport à la conduite avec facultés affaiblies dans toute la région.

4.3.2. Traumatismes à domicile (Cf. TNI 07, 08 et 09)

Situation actuelle :

Les blessures qui surviennent à domicile sont la première cause de mortalité chez les jeunes enfants. Les chutes et les intoxications sont les blessures les plus fréquentes. Les enfants de moins de 5 ans représentent 13 % des journées d'hospitalisation pour les intoxications non intentionnelles pour l'ensemble de la population (1992-1998). Par ailleurs, le Centre Anti Poison du Québec a enregistré en 2000 des appels concernant 875 enfants de 0-5 ans ayant consommé un médicament par voie orale. De ce nombre, 232 ont reçu un traitement.

Dans la région de la Chaudière-Appalaches pour prévenir ces risques, environ 800 trousses de sécurité sont distribuées aux participantes du programme OLO.

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Coordination de l'assemblage et de la distribution des trousses préventives auprès des CLSC de la région.

Les CLSC :

- Distribution des trousses préventives aux jeunes familles.

Perspectives :

Pour les prochaines années nous comptons continuer à offrir ce service dans la région en lien avec les programmes NEGS et PSJP intégrés.

4.3.3. Chutes chez les aînés (Cf. TNI 10 et 11)

Situation actuelle :

La région de la Chaudière Appalaches a vu son taux de mortalité par chute croître de façon significative de 1991-1993 à 1994-1996 (de 5,9 à 9,3). Le taux de mortalité relié aux chutes accidentelles (1994-98) est de 9,7 (100 000 h) comparé à 7,7 au Québec. En 1997-1998, la région avait le plus haut taux d'années potentielles de vie perdues par chute, soit 0,5 (taux ajusté annuel moyen par 1 000 habitants) comparativement à 0,3 pour le Québec. Le taux d'hospitalisations relié aux chutes accidentelles (1995-99) est de 26,9 (100 000 h) comparativement à 28,2 au Québec.

Dans l'ensemble, le personnel des CLSC et CHSLD dépiste les risques de chutes et intervient auprès des aînés afin de prévenir les chutes et les blessures dans le cadre du maintien à domicile. De plus, des groupes communautaires font la promotion de l'activité physique chez les aînés afin de diminuer les risques de chutes. Ainsi, 113 regroupements *VIACTIVE* contribuaient à la prévention des chutes chez les aînés en 2000 dans la région, totalisant 3 532 participants.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Soutien au *Programme VIACTIVE*.

Les CLSC:

- Dépistage par les infirmières des risques de chutes et sensibilisation auprès des aînés, dans le cadre du maintien à domicile.

Centre de jour et CHSLD:

- Interventions de réduction des risques.

Organismes communautaires:

- Promotion de l'activité physique chez les aînés (Regroupements *VIACTIVE*).

Perspectives:

Pour les années qui viennent, nous comptons développer la promotion et le soutien des cliniciens au niveau national et régional, dans le cadre des Pratiques cliniques préventives (PCP), en regard de la clientèle aînée et implanter au niveau régional, un programme multifactoriel de prévention des chutes. (Ex.: *Programme Mauricie-Centre-du-Québec*).

4.3.4. Traumatismes dans les activités de loisirs et de sports (Cf. TNI 12, 13 et 14)

Situation actuelle:

Au niveau national, une formation a été offerte à divers intervenants afin de les familiariser avec les normes canadiennes. Certaines municipalités du Québec ont fait la promotion des normes de sécurité et cette mesure a permis de diminuer le nombre de blessures dans les parcs publics. De plus, le ministère de la Famille et de l'Enfance a émis des directives précises concernant ces normes et des inspecteurs vérifient les installations des centres de la petite enfance.

Dans une approche globale de promotion d'un mode de vie physiquement actif, les intervenants du *Programme Kino-Québec* réalisent dans la région des activités en lien avec les traumatismes non intentionnels. On pense, entre autres, à l'animation et l'aménagement des cours d'école, la promotion du vélo avec le port du casque à vélo ainsi que la promotion des environnements favorables et sécuritaires à la pratique d'activités physiques.

Perspectives:

Les activités prévues au PNSP sont les suivantes:

- Mise en œuvre du *Programmes d'application sélective* (PAS) concernant la conduite des embarcations motorisées sur les plans d'eau et dont les mesures à privilégier sont l'encouragement à porter le vêtement individuel de flottaison ainsi que le contrôle de la conduite d'une embarcation avec les facultés affaiblies par l'alcool;
- Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par les lois et règlements portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, le port du vêtement de flottaison individuel et l'aménagement sécuritaire des piscines résidentielles;
- Promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités, des écoles et des centres de la petite enfance.

Pour les années 2004-2007, la DSP ne planifie pas de prioriser ces mesures.

4.4. Le domaine des maladies infectieuses

Le domaine des maladies infectieuses (MI) couvre l'ensemble des maladies pouvant être causées par des agents biologiques infectieux pour lesquels il existe des mesures de protection efficaces.

4.4.1. Enquêtes et interventions (Cf. MI 01 et 16)

Situation actuelle:

Près de 1 000 maladies à déclaration obligatoire (MADO) nous sont déclarées annuellement auxquelles s'ajoutent des signalements d'éclosions et d'autres signalements de problèmes infectieux ou d'exposition potentielle pouvant menacer la santé de la population (ex. : exposition potentielle à un animal atteint de la rage). La DSP coordonne, supervise ou réalise les activités de surveillance et de vigie, les enquêtes épidémiologiques et les interventions de contrôle et de prévention dans toutes les situations où le directeur de santé publique a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être (chapitre XI article 96 et suivant). Elle apporte un support professionnel aux partenaires dans la réalisation de ces activités.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination et supervision professionnelle des activités réalisées en CLSC, de surveillance et de vigie, des enquêtes épidémiologiques et des interventions de contrôle et de prévention (Chapitre XI article 96 et suivants);
- Surveillance des MADO et des éclosions en maladies infectieuses;
- Réalisation des enquêtes épidémiologiques;
- Application des protocoles d'intervention et des mesures de contrôle appropriées.

Les CLSC:

- Réalisation d'enquêtes épidémiologiques et d'interventions de protection et de prévention des maladies infectieuses transmissibles sous la supervision professionnelle de l'équipe aux enquêtes en maladies infectieuses de la DSP.

Les médecins en cabinet privé:

- Déclaration des MADO et signalement de toute situation qui peut mettre en danger la santé de la population;
- Participation aux interventions de protection auprès des contacts significatifs de maladies infectieuses transmissibles.

Les CHSGS:

- Signalement de toute situation qui peut mettre en danger la santé de la population;
- Participation aux interventions de protection auprès des contacts retenus lors des enquêtes épidémiologiques particulièrement au niveau des services d'urgence;
- Déclaration des MADO par les laboratoires et réalisation d'analyses de laboratoire en contribution à la surveillance des maladies infectieuses et aux enquêtes épidémiologiques;
- Réalisation d'activités en lien avec les enquêtes épidémiologiques et les interventions de contrôle dans certaines situations de contacts significatifs avec une MADO à l'intérieur de l'établissement.

Perspectives:

La mise en place du nouveau règlement d'application de la *Loi sur la santé publique* et de modalités plus efficaces pour la vigie sanitaire et la surveillance des éclosions à l'échelle provinciale entraîneront une adaptation régionale de nos façons de faire dans ce domaine. Dans ce contexte, une nouvelle entente de partage des responsabilités avec les futures instances locales en matière d'enquêtes épidémiologiques et d'interventions sera convenue. Ce sera l'occasion également de revoir l'organisation des services spécialisés d'enquêtes épidémiologiques dans la région. Une augmentation du nombre des enquêtes et interventions en lien avec les nouvelles MADO et la sécurité du sang est attendue au cours des prochaines années.

Le réseau de santé publique régional doit se préparer à faire face à certaines menaces sérieuses à la santé de la population (par exemple : SRAS, bioterrorisme ou pandémie d'influenza). Des activités de préparation sont prévues à cet effet, tels les plans d'urgence régionau.. pour certaines maladies infectieuses ou l'élaboration et le développement du plan de mobilisation des ressources des établissements (voir chapitre 6).

Il est prévu d'améliorer nos modalités et d'augmenter nos activités de vigie sanitaire en lien avec les développements dans ce domaine au niveau provincial.

La réalisation des enquêtes nécessite de plus en plus une expertise complexe et une mise à jour continuelle des compétences et connaissances ce qui en fait un service spécialisé. Les situations épidémiologiques sont changeantes et les modifications des standards de pratique professionnelle suivent les nouveautés scientifiques qui sont fréquentes. Ainsi, une démarche d'assurance-qualité et de maintien des compétences pour les enquêtes épidémiologiques s'est amorcée en collaboration avec les CLSC en même temps qu'une analyse du modèle d'organisation actuel et d'une réorganisation possible de ces services.

4.4.1.1. Tuberculose (Cf. MV 01, 31, 32 et 33)

Situation actuelle :

On note une légère augmentation des cas de tuberculose au cours des dernières années. Les données de surveillance des prochaines années nous informeront s'il s'agit d'une tendance réelle. L'augmentation des cas de tuberculose chez les personnes infectées par le VIH au niveau provincial incite les experts à recommander un suivi particulier pour ces personnes à l'égard du dépistage de cette maladie.

La tuberculose est une infection à déclaration obligatoire, mais également à traitement obligatoire. La DSP et les partenaires concernés doivent donc prendre les mesures appropriées, afin que les personnes souffrant d'une tuberculose contagieuse reçoivent le traitement approprié pour réduire les risques de contagion. Les enquêtes et interventions pour contrôler la transmission de la tuberculose impliquent souvent un grand nombre de professionnels de la santé et s'avèrent régulièrement complexes et de longue durée (1 an).

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Réalisation des activités de surveillance et de vigie ;
- Réalisation ou supervision des enquêtes épidémiologiques et des interventions de contrôle ;
- Suivis épidémiologiques des contacts étroits de cas de tuberculose contagieuse pour la durée du traitement ;
- Support d'expertise aux partenaires ;
- Recommandation de mise en place de services de traitement sous observation directe ou d'isolement lorsque nécessaire ;
- Référence aux médecins traitants pour les suivis des immigrants possiblement atteints de tuberculose.

Les CLSC :

- Réalisation des enquêtes de tuberculose (TB) contagieuse (infirmières aux enquêtes des CLSC) ;
- Service de traitement sous observation directe selon les recommandations de la DSP, suivis téléphoniques des personnes qui reçoivent de la prophylaxie, réalisation des PPD pour certaines clientèles déterminées.

Les CHSGS :

- Collaboration aux enquêtes pour les contacts en milieu hospitalier ;
- Traitement et suivi des personnes qui reçoivent une prophylaxie après une exposition significative et qui oeuvrent ou sont hébergées en milieu de soins (professionnels en prévention des infections, médecins traitants, médecins infectiologues).

Les médecins traitants:

- Déclaration des cas de tuberculose à la DSP;
- Évaluation, suivi médical des cas de tuberculose contagieuse;
- Suivi médical des contacts étroits recevant la prophylaxie;
- Évaluation et suivi médical des personnes ayant un test de dépistage de la tuberculose significatif suite à un dépistage et auprès des immigrants ayant une histoire possible de tuberculose sur référence de la DSP;
- Évaluation des patients atteints du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) pour la tuberculose (offre de dépistage tuberculinique).

Perspectives:

Le protocole provincial pour la prévention et le contrôle de la tuberculose est en révision et devra être diffusé en 2004. Une démarche est à prévoir afin de revoir nos façons de faire à la lumière des normes de pratiques professionnelles de santé publique qui seront révisées.

Un travail est débuté afin de revoir les modalités de prise en charge et les responsabilités respectives des différents partenaires concernés du réseau de la santé régional pour les enquêtes et interventions suite à un cas de tuberculose contagieuse auprès des contacts et du personnel en milieu de soin et devrait être complété afin de rendre nos processus plus efficients et fonctionnels.

Des communications et des outils sont prévus afin de mieux outiller les médecins à l'égard de leur contribution de santé publique face à cette maladie et les sensibiliser davantage sur la problématique du VIH en lien avec la tuberculose. Une sensibilisation est à faire auprès des médecins pour le dépistage de la tuberculose infection par le PPD chez les personnes atteintes du VIH ou du sida.

4.4.1.2. Infections nosocomiales (Cf. M 01 et 29)

Situation actuelle:

L'accroissement de cas d'infections avec des bactéries résistantes aux antibiotiques et acquises en milieu de soins pose un problème de santé publique, car il constitue une menace à la santé des personnes qui sont déjà particulièrement vulnérables. La prévention et le contrôle de la transmission de ces bactéries résistantes en milieu de soins relèvent des établissements.

L'application des normes de pratique concernant les bactéries résistances aux antibiotiques est différente d'un établissement à l'autre dans notre région, et une démarche est en cours pour nous donner des modalités régionales et des outils qui seraient utilisés par tous les partenaires. Actuellement, plusieurs CHSLD et certains CHSGS vivent des éclosions de patients porteurs de la bactérie *Staphylococcus aureus* résistante à la méthicilline (SARM). Les établissements travaillent à la gestion de ces éclosions ou au contrôle de la transmission afin de diminuer le nombre de porteurs et si possible de le réduire à zéro dans le milieu de soin avec le support de la DSP.

Il s'agit d'un nouveau domaine d'intervention pour la DSP suite à l'adoption du PNSP et en lien avec le nouveau règlement définissant les MADO.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Surveillance régionale des éclosions de bactéries résistantes aux antibiotiques, communication des données de surveillance provinciale des milieux en éclosion;
- Émission d'avis et de recommandations au besoin;
- Support (selon les besoins) en cas d'éclosion;
- Animation d'un processus de concertation régionale.

Les établissements de soins (CHSGS, CHSLD, CLSC):

- Déclarations des éclosions de bactéries résistantes aux antibiotiques à la DSP;
- Mise en place des mesures pertinentes afin de prévenir et contrôler la transmission de bactéries résistantes aux antibiotiques de porteurs à d'autres personnes hébergées ou soignées en milieu de soins ou à domicile;
- Participation aux mécanismes de surveillance régionale;
- Support à l'élaboration d'outils, à la définition et à la mise en place de modalités régionales pour les établissements.

Perspectives:

Avec la collaboration des établissements du réseau et un support financier adéquat, la DSP développera, mettra en place et réalisera les activités récurrentes nécessaires à un système de surveillance régionale et de vigie pour les situations d'éclosions de bactéries résistantes aux antibiotiques tel que prévu au PNSP; elle supportera les enquêtes épidémiologiques et des interventions de contrôle et de prévention effectuées par les établissements dans les cas d'éclosion et apportera un support accru aux partenaires et au comité régional sur les bactéries résistantes aux antibiotiques. La DSP supportera par la transmission d'avis et de protocoles provinciaux la mise à jour des connaissances.

Au niveau des établissements de soins, il devrait y avoir au cours des prochaines années une participation accrue aux mécanismes de surveillance régionale. Les outils en élaboration actuellement et les modalités qui seront entendues régionalement devront être appliqués et évalués.

Dans le contexte d'une réorganisation de la concertation au niveau provincial et régional concernant l'ensemble du dossier des infections nosocomiales (plus large que les bactéries résistantes aux antibiotiques), il faudra revoir les responsabilités et mandats de la DSP dans ce dossier en lien avec les ressources disponibles.

4.4.1.3. Zoonoses (Cf. MI 01, 28, 30, 34 et 35)

Situation actuelle:

Le VNO a récemment fait son apparition et des cas humains ont été observés dans certaines régions du Québec mais aucun dans notre région. Il est possible que des cas surviennent dans notre région au cours des prochaines années. Actuellement, la DSP réalise des activités de surveillance des oiseaux atteints, des moustiques et des cas humains.

La situation de la rage chez la chauve-souris au Québec entraîne une augmentation de la vigilance et une multiplication phénoménale des interventions de protection après une exposition pour des personnes possiblement exposées. Une chauve-souris rabique a été observée dans notre région à l'été 2002, une autre à l'été 2003. Les partenaires du réseau de la santé sont régulièrement avisés de la situation et de l'importance de traiter avec prudence toute situation pouvant mettre en cause une exposition d'une personne avec le virus de la rage. La prophylaxie contre la rage doit être débutée le plus rapidement possible afin d'en garantir l'efficacité. Actuellement, les immunoglobulines qu'il faut administrer rapidement après une exposition jugée à risque se retrouvent en CHSGS. Ce sont également les urgences de ces établissements qui offrent la majorité des services médicaux les soirs et les fins de semaine. Cependant, il est souvent difficile de fournir ces services préventifs lorsque l'urgence déborde de cas plus lourds.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Réalisation d'activités de surveillance et de vigie;
- Réception et traitement des signalements d'exposition possible en collaboration avec les vétérinaires de l'Agence canadienne d'inspection des aliments;
- Réalisation d'enquêtes épidémiologiques et des interventions de contrôle et de prévention dans toutes les situations où il y a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être;

- Information à la population pour qu'elle consulte après une exposition possible au virus de la rage ;
- Information à la population sur le VNO et surveillance régionale en lien avec les partenaires intersectoriels et du réseau de la santé pour les cas humains ;
- Information annuelle aux cliniciens sur la possibilité de faire analyser des tiques ayant piqué des humains afin de détecter la présence du vecteur de la maladie de Lyme sur notre territoire.

Les établissements de soins (CHSGS, CHSLD, CLSC) :

- Orientation et référence des signalements de morsures ou d'exposition possible à une chauve-souris via Info-Santé et les services courants (CLSC) ;
- Participation aux mécanismes de surveillance régionale et de signalement des expositions possibles ;
- Évaluation médicale des morsures ou des expositions possibles à la rage, administration du traitement préventif d'urgence.

Perspectives :

Les modalités d'organisation et d'accessibilité aux services en postexposition au virus de la rage seront revues et entendues dans la région y compris la traçabilité des immunoglobulines administrées. Si des cas humains de VNO survenaient, il serait nécessaire de faire des enquêtes épidémiologiques ce qui constituerait une nouvelle activité.

L'analyse de la dispensation des services spécialisés d'enquêtes épidémiologiques dans la région couvrira également les services en lien avec l'exposition au virus de la rage. (Voir section 4.4.1.).

Il est prévu d'explorer la possibilité de rendre disponibles les produits nécessaires (prophylaxie contre la rage) dans des cliniques médicales de CLSC ou en GMF, afin d'améliorer l'accessibilité à ce service.

4.4.1.4. Postexposition (Cf. MV 01 et 24)

Situation actuelle :

Les traitements préventifs en postexposition de certaines maladies infectieuses transmissibles doivent être débutés très rapidement afin d'en garantir l'efficacité. Pour le VIH, le délai est de 2 heures suivant l'exposition. Ces situations arrivent à toute heure du jour et exigent une réponse 7 jours par semaine. Étant donné les services médicaux accessibles 7 jours par semaine, la disponibilité de services de laboratoire, de pharmacie (pour initier un traitement préventif contre le VIH) et de la banque de sang (pour obtenir rapidement certaines immunoglobulines), ces personnes sont référées dans les salles d'urgence des CHSGS. Pourtant, il est difficile dans le contexte des salles d'urgence de traiter rapidement ce genre de situation.

La prévention d'autres maladies infectieuses après une exposition probable nécessite également des services qui parfois peuvent être nécessaires dans un délai très court afin d'assurer l'efficacité de l'intervention de prévention. (Ex. : Immunoglobulines après une exposition à l'hépatite A, ou pour une personne immuno-supprimée ayant eu un contact avec une varicelle, etc.).

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Réalisation d'activités de surveillance et de vigie ;
- Réalisation d'enquêtes épidémiologiques et d'interventions de contrôle et de protection (chapitre XI article 96 et suivant) ;
- Support et outils aux professionnels de la santé pour la réalisation des services de prévention d'urgence auprès de personnes ayant été possiblement exposées à une maladie infectieuse transmissible évitable ;
- Enquêtes épidémiologiques complémentaires à l'évaluation médicale afin de déterminer les risques de transmission.

Les CHSGS:

- Évaluation de l'exposition et de la pertinence de traitement préventif à administrer en urgence;
- Counselling pré-test, début des traitements préventifs d'urgence;
- Référence de la personne pour un suivi médical et pour le counselling post-test.

Les CLSC:

- Service de prélèvement, évaluation de l'exposition et de la pertinence de traitement préventif à administrer en urgence;
- Counselling prétest, début des traitements préventifs d'urgence;
- Référence de la personne pour un suivi médical et pour le counselling post-test pour certains CLSC ayant une clinique médicale.

Les médecins en cabinet:

- Suivi médical et counselling post-test.

Perspectives:

Les partenaires s'entendent sur la nécessité de revoir les modalités d'organisation et d'accessibilité aux services postexposition dans la région en lien avec les recommandations actuelles d'intervention dans ce domaine. Il est prévu de déterminer les objectifs d'accessibilité et de qualité de services à offrir à la population exposée de façon professionnelle ou non professionnelle au sang ou aux liquides biologiques et de proposer des aménagements aux services actuels en collaboration avec les établissements de la région.

Par la suite, une formation et des outils seront disponibles auprès des partenaires afin de supporter la mise en place des services entendus.

Les procédures et la prise en charge d'un membre du personnel exposé possiblement au VIH ou à l'hépatite B en CHSLD devraient être renforcées et organisées dans plusieurs milieux en collaboration avec les établissements offrant des services de laboratoire et médicaux. Ainsi, il est prévu de soutenir leur démarche en vue de la définition et de la mise en place de procédures de postexposition pour leur personnel potentiellement exposé.

4.4.1.5. Dépistage de clientèles ciblées (Cf. MI 01, 17, 25 et 36)

Situation actuelle

Des mesures de dépistage chez les femmes enceintes font l'objet de recommandation dans le but d'éviter une infection néonatale. Déjà la DSP a fait des recommandations aux médecins concernant le dépistage chez les femmes enceintes, dans certaines conditions, de la colonisation par le streptocoque du groupe B, du VIH, de l'hépatite B, de la rubéole afin d'intervenir précocement pour éviter ces infections aux nouveau-nés. L'éclosion récente de syphilis primaire au Québec est préoccupante car elle remet d'actualité la menace de réapparition de la syphilis congénitale si l'épidémie atteint la population des femmes en âge d'enfanter.

Le dépistage par le PPD chez les personnes infectées par le VIH est une mesure importante pour le contrôle de la tuberculose. Ce sujet a été traité dans la section sur la tuberculose.

Les partenaires et leur rôle

La Direction de santé publique:

- Réponse aux demandes d'expertise-conseil professionnelles sur ces sujets à la demande des partenaires et communications d'information.

Les CHSGS:

- Offre systématique de la vaccination contre la rubéole en postpartum aux femmes réceptives;
- Interventions de dépistage et de traitement de la femme avant l'accouchement visant la prévention du streptocoque B chez le nouveau-né;
- Vaccination des nouveau-nés de mères porteuses d'hépatite B.

Les médecins qui font des suivis de grossesse:

- Application des recommandations concernant les dépistages recommandés d'un point de vue de santé publique chez les femmes enceintes.

Perspectives

Une communication aux partenaires est prévue pour rappeler les recommandations concernant les dépistages et interventions préventives auprès des femmes enceintes concernant plus spécifiquement la rubéole, l'hépatite B, le VIH, la colonisation par le streptocoque du groupe B et la syphilis.

4.4.2. Immunisation

4.4.2.1. Programme d'immunisation des jeunes (Cf. MI 02, 03, 04, 06, 08)

Situation actuelle:

Le programme de vaccination de base des enfants est bien implanté dans notre région tant pour le préscolaire que pour la vaccination en milieu scolaire.

Les CLSC et les cabinets privés de médecins se partagent la vaccination des enfants d'âge préscolaire. Nous bénéficions d'une excellente collaboration des milieux de l'éducation pour la vaccination des jeunes d'âge scolaire par les CLSC.

Les taux de couverture vaccinale ne sont pas connus et ne pourront pas l'être tant que le Québec ne se dotera pas d'un système d'information vaccinal.

De plus en plus de vaccins ne faisant pas partie du programme gratuit d'immunisation du Québec sont recommandés officiellement pour les enfants. Les professionnels de la santé doivent en faire la promotion même s'ils ne sont pas gratuits. Ces vaccins sont administrés par les CLSC à la demande des parents et ceux-ci doivent en défrayer les coûts.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination des programmes et support d'expertise;
- Production et communication des outils et des protocoles;
- Réalisation d'activités nécessaires à la mise en place de nouveaux programmes d'immunisation à la demande du MSSS.

Les CLSC:

- Vaccination d'environ 70% des enfants d'âge préscolaire dans le cadre du programme d'immunisation gratuite du Québec;
- Vaccination des enfants et jeunes en milieu scolaire (4e année: hépatite B, secondaire III: rappel diphtérie-tétanos et compléter les vaccins manquants);
- Saisie des données de vaccination des individus dans le système d'information clientèle (I-CLSC) des CLSC (conservation des dossiers vaccinaux des personnes du territoire);
- Saisir toutes les opportunités de promotion de la vaccination dans l'ensemble des activités touchant la clientèle visée.

Les cliniques médicales:

- Vaccination d'environ 30% des enfants d'âge préscolaire;
- Fournir aux CLSC de résidence l'information vaccinale des personnes vaccinées afin de permettre la mise à jour du dossier vaccinal des individus;
- Saisir toutes les opportunités de promotion de la vaccination dans l'ensemble des services touchant la clientèle visée.

Perspectives:

De nouveaux programmes de vaccination de base des jeunes pourraient être mis en place par le MSSS au cours des prochaines années. Les ajouts envisageables

actuellement sont la vaccination contre la varicelle, la vaccination des jeunes enfants contre le pneumocoque, et la vaccination contre la coqueluche des jeunes de niveau scolaire secondaire. Nous planifions l'ajout d'un nouveau vaccin à chacune des trois prochaines années.

4.4.2.2. Immunisation des clientèles vulnérables (Cf. MV 05, 06, 07, 09 et 10)

Situation actuelle:

Le programme de vaccination des groupes à risque contre l'influenza et le pneumocoque (clientèles vulnérables) est assez bien implanté dans notre région.

Certaines clientèles présentant des facteurs de risque individuels en regard des hépatites A et B ont aussi accès à une vaccination gratuite. Au fil des ans, ces groupes ont été de plus en plus nombreux à accéder à ce programme de vaccination gratuite contre les hépatites.

Par ailleurs, plusieurs groupes de clientèles vulnérables font l'objet de vaccination ciblée préventive gratuite à laquelle s'ajoute le programme de vaccination des stagiaires en milieu de santé. Ces vaccins couvrent principalement les infections à pneumocoque, à méningocoque, la varicelle et les hépatites chez des clientèles bien déterminées présentant des facteurs de risque.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination des programmes et support d'expertise;
- Communications et transmission d'outils et des protocoles.

Les CLSC:

- Vaccination des clientèles vulnérables et des stagiaires de la santé à l'intérieur des services courants ou dans les services intégrés de dépistage et d'intervention préventive d'infection transmise sexuellement et par le sang (ITSS).

Les cliniques médicales:

- Vaccination de près de 60% de la clientèle en milieu ouvert visée par le programme contre l'influenza chaque année (comparativement à 40% pour les CLSC).

Les CHSGS et CHSLD:

- Vaccination contre le pneumocoque et contre l'influenza de leur clientèle hébergée présentant des facteurs de risque;
- Vaccination de leur personnel contre l'influenza;
- Transmission aux CLSC de résidence de l'information vaccinale des personnes vaccinées contre le pneumocoque afin de permettre la mise à jour du dossier vaccinal des personnes vaccinées;
- Envoi à la DSP des données demandées sur la vaccination contre l'influenza;
- Promotion de ces vaccinations, particulièrement celle contre l'influenza, auprès des travailleurs de la santé.

Perspectives:

Les programmes de vaccination des clientèles vulnérables seront consolidés en lien avec le support financier accordé. Nous devrions améliorer la couverture vaccinale contre l'influenza, particulièrement chez les travailleurs de la santé et accroître la couverture de la clientèle ciblée par le programme gratuit contre l'influenza.

Il est prévu de rendre la vaccination contre l'hépatite B gratuite pour l'ensemble des ressources d'accueil RTF et les ressources d'accueil de répit (gérées par les organismes communautaires) pour personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

4.4.2.3. Gestion des produits immunisants (Cf. MI 15)

Situation actuelle:

Au cours des récentes années les standards de pratique dans la gestion des produits immunisants ont été considérablement resserrés afin d'en assurer la qualité optimale, particulièrement dans les processus de transport et de conservation.

Ces améliorations ont été effectuées sans ajout de ressources alors que l'investissement en ressources humaines et matérielles a été important dans ce programme pour les CLSC et les milieux cliniques concernés, mais particulièrement pour la DSP qui a dû tripler le temps infirmière investi dans ce programme. Les actions prévues au programme provincial ne sont pas toutes implantées dans la région faute de ressources et nous notons un retard de quelques années pour certaines actions.

La mise en place d'un système informatisé de gestion des produits immunisants est prévue au plan national au cours des prochaines années. Ce système devrait améliorer la performance du programme particulièrement au niveau des contrôles de qualité et de la réduction des pertes.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination opérationnelle de la gestion, du contrôle de qualité et des normes, de l'établissement des modalités et des procédures régionales avec les partenaires.

Les deux distributeurs régionaux des produits immunisants (liés par contrat):

- Maintien des stocks et livraison des commandes auprès des utilisateurs;
- Application des normes de sécurité et de qualité lors de l'envoi, de la manutention et du maintien de la réserve.

Les CLSC et les cliniques médicales qui effectuent de la vaccination:

- Évaluation de leurs besoins, réalisation des commandes, transport des produits (du distributeur régional à leur établissement pour les CLSC et du CLSC à la clinique pour les médecins);
- Application des normes de qualité;
- Entreposage temporaire dans les CLSC des commandes pour en assurer la distribution aux cliniques médicales de leur territoire.

Les CHSGS:

- Gestion des immunoglobulines via les banques de sang;
- Maintien de la réserve de certains produits immunisants à administrer dans un contexte d'urgence (ex.: vaccin contre la rage);
- Application des normes de qualité dans leur établissement.

Perspectives:

Avec le développement financier requis, la DSP s'assurera de mettre en place des mesures préventives afin de diminuer les situations de bris de chaîne de froid et effectuera les suivis requis par le programme provincial: signature des contrats avec l'ensemble des vaccinateurs, suivis en continu des spécifications aux contrats et visites des installations des vaccinateurs pour conseiller sur les améliorations à apporter. Il faudra s'assurer de tenir compte des impacts de ces mesures sur le fonctionnement de la vaccination en CLSC, particulièrement s'il y a ajout de nouveaux vaccins.

La DSP collaborera à la mise en place d'un système informatisé de gestion des produits immunisants lorsqu'il sera produit et distribué par le niveau national et s'assurera de son implantation et de son fonctionnement au niveau régional.

4.4.2.4. Activités de support en immunisation et surveillance des manifestations cliniques inhabituelles suite à une vaccination (Cf. MI 11, 12 et 14)

Situation actuelle:

Afin de permettre à la population de mieux connaître les bienfaits de la vaccination, différentes stratégies et outils d'information sont produits au niveau provincial. La contribution de la DSP et des partenaires en vaccination de la région dans ces activités touche plus particulièrement la mise en disponibilité et la diffusion de ces outils et la participation à des activités d'information et de communication.

La Loi sur la santé publique donne au directeur de santé publique le mandat d'enquêter et d'intervenir en cas de menace à la santé de la population et prévoit un devoir de signalement de telles situations et de déclaration des maladies à déclaration obligatoire et des manifestations cliniques inhabituelles suite à une vaccination pour les professionnels de la santé du réseau. Depuis plusieurs années, le système de déclaration des manifestations cliniques inhabituelles suite à la vaccination est bien implanté dans notre région, les partenaires y collaborent de façon intéressante particulièrement pour la déclaration à la DSP. Les données sont analysées au niveau régional et au niveau provincial ce qui augmente considérablement la sensibilité et la performance de ce programme. Cette surveillance en continue permet d'assurer la sécurité de la vaccination et de mieux informer la population sur les effets secondaires de la vaccination.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Réception des déclarations et validation de l'information;
- Analyse, bilan et, dans certains cas, émission des recommandations sur la poursuite de la vaccination;
- Participation aux enquêtes spéciales d'envergure provinciale.

Les CLSC et les médecins vaccinateurs:

- Promotion de la vaccination auprès de la clientèle;
- Mise en disponibilité des outils de promotion et communication d'information;
- Évaluation clinique par les médecins des personnes présentant possiblement des manifestations cliniques inhabituelles suite à une vaccination.

Perspectives:

Des activités supplémentaires de promotion de la vaccination auront lieu en lien avec le support financier nécessaire. La connaissance des couvertures vaccinales, la disponibilité des dossiers de vaccination des individus, la possibilité d'identifier les personnes ayant reçu un de ces produits biologiques seront accessibles aux personnes et aux professionnels de la santé lorsqu'un système d'information vaccinal sera développé et implanté dans toute la province. Ce développement est prévu dans la *Loi sur la santé publique*. Lorsque ce système sera implanté au Québec, la DSP et l'ensemble des partenaires concernés de notre réseau de la santé contribueront à sa mise en place régionale.

4.4.3. Santé-voyage (Cf. MI 13 et 27)

Situation actuelle:

Depuis plusieurs années, les services en santé-voyage sont offerts par 10 des 11 CLSC de notre région avec le support professionnel de la DSP. Le Centre de santé Paul-Gilbert est le centre désigné régional pour la vaccination contre la fièvre jaune. Ces services ne sont pas assurés, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas dispensés gratuitement. La clientèle doit donc en défrayer les coûts.

Les services professionnels en santé-voyage ont grandement évolué au cours des dernières années et sont devenus des services spécialisés pour la première ligne. L'information sanitaire pertinente change plus rapidement et les compétences professionnelles nécessaires sont de plus en plus complexes. L'expertise professionnelle doit être mise à jour continuellement

et est acquise principalement avec la pratique et la formation pertinente.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Diffusion régulière aux CLSC des informations sur la situation épidémiologique mondiale ainsi que des outils élaborés au niveau provincial;
- Support d'expertise pour l'organisation de formation afin de supporter les CLSC dans leurs activités de maintien des compétences professionnelles des intervenants de première ligne.

Les CLSC:

- Services individuels ou de groupe de consultation, d'évaluation des risques, de counselling, de vaccination et de prescription de chimioprophylaxie;
- Évaluation et suivi médical avant et après le voyage pour les personnes présentant des conditions médicales particulières.

Les cliniques médicales:

- Référence aux cliniques santé-voyage de la clientèle concernée;
- Prescription de la prophylaxie (principalement contre le paludisme);
- Évaluation et suivi médical avant et après le voyage pour les personnes présentant des conditions médicales particulières.

Perspectives:

Dans le contexte actuel, la DSP considère qu'il est important de revoir les modalités permettant aux établissements concernés de garantir la qualité des services qu'ils dispensent et de revoir l'offre de service de chacun des partenaires dans ce dossier afin de rendre ces services plus efficients. Il est prévu de revoir les modalités de support aux CLSC dans la mise à jour de l'expertise des intervenants en santé-voyage de leurs établissements et même de revoir l'organisation actuelle des services.

4.4.4. Infections transmises sexuellement et par le sang

On a noté une recrudescence des infections transmises sexuellement (ITS) dans la région au cours des dernières années comme pour l'ensemble du Québec. Cette augmentation (incidence du chlamydia de 75 par 100 000 en 1997 et de 108 par 100 000 en 2001) vise particulièrement les 15 à 29 ans. Ces ITS, telle la chlamydia, peuvent avoir des conséquences sur la fertilité et sur la santé, particulièrement des jeunes femmes. La syphilis et la gonorrhée sont en recrudescence au Québec. On a noté une recrudescence importante de la gonorrhée en 2002-2003 et une réapparition de la syphilis en 2003 dans la région.

On ne connaît pas les taux d'incidence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), cette maladie n'étant pas à déclaration obligatoire. Le VIH est une infection transmise sexuellement et par le sang (ITSS). Les études récentes au niveau provincial démontrent que les clientèles les plus vulnérables sont les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les usagers de drogues injectables. La problématique est renforcée en région moins urbaine par l'impression auprès des personnes à risque que le danger est moins présent en dehors des grandes villes du Québec et par la difficulté de rejoindre ces clientèles. Il faut donc compter sur la précieuse collaboration des organismes du milieu.

4.4.4.1. Programmes de prévention et de promotion (Cf. M 18 et 26)

Situation actuelle:

Le milieu scolaire est un endroit très pratique pour rejoindre la très grande majorité des jeunes et intervenir par les actions visant la prévention et la promotion de saines habitudes en regard de la sexualité. Ces activités sont dispensées majoritairement par les CLSC et par un organisme communautaire ayant le mandat de réaliser le programme de démystification de l'homosexualité en milieu scolaire. Les partenaires oeuvrant auprès des jeunes d'âge scolaire partagent actuellement l'objectif d'intégrer les activités de prévention et promotion en milieu d'éducation.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Insertion des activités visant la prévention des ITS dans la programmation globale et intégrée en milieu scolaire;
- Coordination régionale du programme de prévention des ITS auprès des clientèles vulnérables et du programme régional de démystification de l'homosexualité;
- Support au niveau professionnel à la réalisation de projets dans le cadre de ces programmes;
- Suivis administratifs des projets.

Les CLSC:

- Réalisation des activités de prévention des ITSS et de promotion de la santé en milieu scolaire incluant le support à l'application des programmes *Démystification de l'homosexualité* et *Mon-Bien-être sexuel et celui de l'autre*;
- Réalisation d'interventions de promotion, de prévention et de dépistage permettant de rejoindre des clientèles vulnérables dans leur milieu de vie en collaboration avec des organismes du milieu qui oeuvrent auprès de ces clientèles.

L'organisme communautaire «GRIS Chaudière-Appalaches»:

- Réalisation des activités prévues dans le cadre du *Programme régional de démystification de l'homosexualité* en milieu scolaire;
- Réalisation des activités de prévention du VIH et des ITS auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (clientèles vulnérables) de notre région.

Perspectives:

Les projets en cours auprès des clientèles vulnérables sont financés sur une base annuelle non récurrente par le MSSS. La poursuite de cette partie de la programmation dépend directement de la continuité des sommes allouées. Les montants disponibles actuellement ne permettent pas la réalisation de ce type d'activités dans tous les secteurs de notre région.

Les activités visant la prévention des ITS et la promotion de saines habitudes touchant la sexualité seront intégrées dans l'intervention globale et concertée (voir 4.1.2.1.) avec les autres activités de prévention en milieu scolaire afin de rendre nos actions plus efficaces et efficientes.

Il est fort difficile de rejoindre les clientèles vulnérables, car celles-ci présentent souvent de multiples problèmes et consultent peu le réseau de la santé. Pour mettre sur pied des interventions permettant de les rejoindre, les projets de prévention et dépistage en milieux de vie promettent beaucoup et leur réalisation sera favorisée au cours des prochaines années.

4.4.4.2. Services intégrés de dépistage et d'intervention préventive (Cf. MV 21, 22 et 23)

Situation actuelle:

Les services de dépistage et soutien à la notification aux partenaires (ou intervention préventive) sont considérés comme des services de protection de la santé publique qu'il faudrait réaliser au même titre que pour les autres MADO, car les ITS constituent un préoccupant problème de santé publique en émergence. Comme l'infection à VIH n'est à déclaration obligatoire que pour les infections acquises par réception de produit du sang, les cas d'infections acquises sexuellement ou par l'utilisation de matériel d'injection sont inconnus de la DSP. Ainsi, une intervention préventive auprès de la personne atteinte et de ses partenaires ne peut être réalisée qu'à la demande du médecin traitant.

Les services de dépistage, counselling et soutien à la notification aux partenaires (ou intervention préventive) constituaient une priorité régionale de la PSBE avec un financement qu'il reste à consolider. Des CLSC avaient déjà commencé à offrir ces services, à même leurs propres ressources, certains depuis 1987. Actuellement, l'ensemble des CLSC offrent des services, par contre, il existe une grande disparité

d'un territoire à l'autre particulièrement au niveau de l'accessibilité.

Le MSSS a recommandé que soit revue l'organisation des services de dépistage anonyme du VIH en vue d'une intégration des services de dépistage du VIH, des maladies transmises sexuellement (MTS) et des hépatites virales visant à rejoindre les clientèles là où elles se trouvent, à maintenir l'accessibilité au test de dépistage anonyme du VIH, tout en ajoutant des services intégrés de dépistage pour l'ensemble des ITS. Actuellement, deux CLSC sont mandatés dans la région pour offrir des services de dépistage anonyme du VIH. À partir de 2003, l'orientation régionale retenue est l'intégration des services de dépistage anonyme selon les mêmes modalités dans tous les CLSC.

Un programme de gratuité pour les médicaments contre les MTS est géré directement par le MSSS auprès des médecins de l'ensemble du Québec et permet l'accessibilité au traitement gratuit pour ces maladies.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination et gestion administrative des services intégrés de dépistage et d'intervention préventive auprès des partenaires pour les ITS, le VIH et les hépatites;
- Support professionnel au besoin (outils, protocoles, formation, recommandations, gestion de la distribution des dépliants d'information).

Les CLSC:

- Services intégrés de dépistage, d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires;
- Services de counselling ainsi que de vaccination des clientèles vulnérables;
- Réalisation d'activités de dépistage et d'information dans les milieux où l'on retrouve des clientèles à risque.

Les médecins en cliniques médicales:

- Recherche des facteurs de risque chez la clientèle, dépistage des clientèles à risque;
- Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires;
- Counselling ainsi que référence pour la vaccination des clientèles visées;
- Certains médecins vaccinent également les clientèles à risque contre l'hépatite A et B.

Perspectives:

Il est prévu, à partir d'un financement récurrent, d'augmenter les périodes de disponibilité dans certains territoires selon les besoins et d'ajouter aux services déjà offerts, les autres modes de dépistage du VIH, le dépistage des MTS et des hépatites, selon différents modes de dépistage (nominal, non nominal) ainsi que le service de soutien à la notification aux partenaires (ou intervention préventive).

Le programme de vaccination gratuite contre les hépatites A et B aux clientèles visées par le programme de gratuité du MSSS sera consolidé dans l'ensemble des services cliniques ITS de la région.

4.4.4.3. Programme d'accessibilité gratuite au matériel d'injection sécuritaire (Cf. M 19 et 20)

Situation actuelle:

On ne connaît pas les taux d'incidence du VIH, cette maladie n'étant pas à déclaration obligatoire. Les études récentes au niveau provincial démontrent que les clientèles les plus vulnérables sont les HARSAH et les usagers de drogues injectables. La problématique est renforcée en région moins urbaine par la difficulté de rejoindre ces clientèles.

En ce qui concerne l'hépatite C, on note une augmentation importante de la déclaration des cas au cours des récentes années en raison du *Programme de dépistage provincial* pour l'indemnisation des victimes du sang. Les nouveaux cas sont cependant la plupart du temps reliés à l'usage de drogues en injection. De plus, les études provinciales démontrent que le partage de

matériel d'injection chez les usagers de drogues intraveineuses constitue un risque important de transmission de l'hépatite C, du VIH et des autres hépatites (A et B).

Des services d'échange et de récupération de seringues sont dispensés par nos CLSC et CHSGS dans la région depuis quelques années. Ce programme vise à diminuer les risques infectieux liés à l'injection de drogues chez les personnes vulnérables. Lors de l'année 2003, les pharmaciens de la région ont été invités à offrir également ce service et certaines pharmacies, suite à une session de sensibilisation sur le sujet, ont accepté d'offrir de tels services.

Dans les régions urbaines la récupération des seringues usagées est parfois un problème et des activités particulières visant la récupération des seringues abandonnées dans l'environnement sont mises en place. Dans notre région, il y a très peu de signalements de ce genre de situation, mais il faudra rester vigilant. Des affiches et dépliants ont été distribués en milieu scolaire pour amener les enfants et les adultes à reconnaître une seringue dans l'environnement comme une situation potentiellement à risque et à agir avec prudence.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Coordination régionale des services de prévention et d'accessibilité au matériel d'injection sécuritaire auprès des personnes faisant usage de drogues en injection;
- Mise en disponibilité du matériel (trousses) pour les sites d'échange et monitorage des activités.

Les CHSGS et les CLSC:

- Service disponible d'échange et de récupération du matériel d'injection pour les personnes faisant usage de drogues injectables;
- Remises des données à la DSP et récupération des seringues usagées.

Les médecins:

- Dépistage de la clientèle à risque;
- Dépistage, counselling, référence pour vaccination au besoin et promotion de l'utilisation de ces services.

Certaines pharmacies privées de la région:

- Accessibilité pour le matériel gratuit d'injection sécuritaire auprès de cette clientèle.

Perspectives:

Un groupe de travail émettra en fin d'année 2004 des recommandations sur ce sujet et la DSP verra à l'implantation des actions pertinentes à notre région.

Il est prévu d'accentuer la disponibilité des trousses dans la région particulièrement dans les pharmacies privées et d'améliorer la récupération des seringues usagées. La poursuite de ce programme dépend de la continuité de financement par le MSSS particulièrement pour fournir les trousses gratuitement aux sites d'échange.

4.5. Le domaine de la santé environnementale

Les problèmes de santé causés par des agents chimiques ou physiques qui sont toxiques pour la santé humaine constituent le domaine de la santé environnementale (SE).

4.5.1. Air extérieur (Cf. SE 01, 02, 03, 09 et 13)

Situation actuelle:

Le niveau de connaissance de la qualité de l'air extérieur en Chaudière-Appalaches est relativement faible dû, entre autres, au nombre limité de stations d'échantillonnage en place. On sait cependant que la région de la Capitale Nationale/Chaudière-Appalaches a subi ces dernières années, une moyenne d'environ cinq épisodes de smog estival reliés à des concentrations élevées en ozone. On y a aussi relevé une moyenne annuelle d'environ vingt jours avec des concentrations élevées (> 40 µg/m3 pendant au moins une heure) en particules fines de diamètre inférieur à 2,5 microns.

Soulignons également, que la population de Chaudière-Appalaches est régulièrement exposée et incommodée par les odeurs générées par la production agricole. Au cours des dernières années, la DSP a répondu aux demandes ad hoc de la population (nombre annuel moyen d'environ 10 demandes), émis des avis ponctuels de santé publique (ex.: avis sur l'incinérateur municipal de Lévis, avis sur les odeurs à Charny), participé au Regroupement de la Capitale Nationale pour la Qualité de l'Air (RCNQA) et donné des conférences sur les aspects santé du chauffage au bois.

Un autre problème lié à la qualité de l'air extérieur est la présence de pollen de l'herbe à poux qui serait responsable de 50% à 90% de tous les cas de rhinite allergique. Selon une enquête effectuée par la DSP de Montréal-Centre, la rhinite allergique affecterait 7,1% de la population de Chaudière-Appalaches. On retrouve notamment l'herbe à poux le long des chemins et emprises ainsi que sur des terrains vagues. Le coût annuel des soins de santé est estimé à environ 3 millions de dollars pour la région. Dans ce dossier, les activités de la DSP se sont limitées à du support conseil sur demande aux municipalités et organismes ainsi qu'à la diffusion de dépliants dans les CLSC en collaboration avec la Table québécoise sur l'herbe à poux (TQHP).

Par ailleurs, plus de 90% des cancers de la peau seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou artificielle. Les enfants sont particulièrement vulnérables puisque de 50% à 80% de la dose d'exposition à vie est accumulée au cours des 18 premières années de la vie et que les coups de soleil sont les principaux facteurs de risque associés au cancer de la peau.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Participation active au *Programme INFO-SMOG (*estival et hivernal*)*;
- Participation à l'élaboration d'une journée de formation (Québec/Chaudière-Appalaches) en matière de qualité d'air extérieur;
- Constitution d'un dossier de base sur l'herbe à poux;
- Support conseil sur la lutte à l'herbe à poux aux municipalités et organismes;
- Constitution d'un dossier de base pour la région sur la problématique de l'exposition aux rayons ultraviolets (ex.: taux d'incidence et de prévalence du cancer de la peau dans la région par rapport au Québec, éléments météorologiques pertinents…).

Les CLSC:

- Collaboration aux différentes campagnes d'information populationnelle (ex.: diffusion de dépliant);
- Intégration de messages à contenu environnemental (ex.: sur les rayons ultraviolets) au sein de programmes ciblés (ex.: cours prénataux).

Le ministère de l'Environnement du Québec:

- Échange d'information sur les données climatologiques régionales;
- Échange d'information sur les émissions atmosphériques régionales.

Perspectives:

Nous prévoyons avoir une présence plus active dans les médias et sur différentes plates-formes publiques (ex.: journée annuelle de l'air pur, semaine annuelle du transport en commun...) pour favoriser la sensibilisation à la problématique de la qualité de l'air extérieur. Le déploiement de services d'information pour le grand public tels que les programmes INFO-SMOG hivernal et estival ainsi que les indices de qualité de l'air tels les IQA sont des programmes auxquels la DSP devra s'arrimer afin de maximiser leur efficience.

Une amélioration de l'état des connaissances relativement à la qualité de l'air extérieur en Chaudière-Appalaches (ex.: connaissance du déploiement des stations d'échantillonnage sur le territoire avec les différents paramètres analysés tels l'ozone, l'anhydride sulfureux (SO_2), le bioxyde d'azote (NO_2), les particules fines et le monoxyde de carbone (CO) avec compilation des résultats récents), serait certainement un premier pas dans l'élaboration d'une stratégie de promotion de moyens d'amélioration de cette qualité d'air extérieur. Une meilleure connaissance des principales sources de pollution atmosphérique (sources industrielles, transport, chauffage...) constituerait aussi un bon point de départ.

La situation régionale n'est pas assez documentée pour déterminer si la problématique de l'exposition aux rayons ultraviolets se distingue de celle de la province ou du Canada à cet égard. Il est cependant envisageable de mieux décrire la situation en analysant les indicateurs sociosanitaires pertinents et en les comparant avec les données nationales. Parallèlement, il peut s'avérer utile de décrire certains indicateurs environnementaux provenant notamment de renseignements météorologiques (ex.: nombre d'heures d'ensoleillement...). Pour les prochaines années, nous prévoyons élaborer une stratégie régionale (ex.: plan de communication et de sensibilisation de la population générale et/ou de publics-cibles) concernant la prévention du cancer de la peau en lien avec l'exposition aux rayons ultraviolets.

4.5.2. Air intérieur (Cf. SE 04, 05, 06, 07, 08, 12 et 13)

Situation actuelle:

En Chaudière-Appalaches, les problèmes de santé en lien avec l'air intérieur sont surtout causés par les aéroallergènes environnementaux ainsi que par des problèmes d'hygiène et d'insalubrité dans certains bâtiments. La présence d'amiante floquée dans des bâtiments publics, la présence de monoxyde de carbone et la présence de radon domiciliaire sont aussi des problématiques d'intérêt en matière de qualité d'air intérieur. La mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi que les problèmes d'hygiène et d'insalubrité dans certains bâtiments sont à l'origine d'une augmentation de la prévalence et de la gravité de problèmes de santé tels que l'asthme et autres manifestations irritatives. La situation spécifique à la région de la Chaudière-Appalaches n'est pas connue.

Quelques avis de santé ont été émis par le passé relativement à des problématiques d'aéroallergènes dans des lieux publics (ex.: avis de santé vs tapis dans des écoles, avis sur la présence de petits animaux, avis sur la qualité de l'air intérieur (QAI) dans une garderie, avis sur la QAI dans une école primaire suite à un incendie...).

Les principaux contaminants de l'air intérieur sont: la fumée de tabac, les produits de combustion, les contaminants biologiques (ex.: moisissures), certains composés organiques volatils et le radon. Au niveau régional, la DSP s'assure que la population désireuse de recevoir de l'information et des conseils relativement à la qualité de l'air intérieur (QAI), puisse recevoir un tel service. L'équipe évalue à plus de 100 par année le nombre d'appels concernant la QAI.

Lors de signalements de problèmes de qualité de l'air intérieur dans des édifices publics, la population concernée est formée en partie de travailleurs (ex.: professeurs, éducatrices de garderies, ouvriers) et en partie d'usagers (ex: élèves, clients, passants, patients, spectateurs). Un algorithme de prise en charge des signalements a été convenu entre les équipes SAT et SE afin de déterminer le partage des responsabilités de chaque équipe. Dans la région, le nombre de signalements de qualité d'air intérieur dans les écoles, les CPE, les établissements du réseau de la santé ou tout autre lieu public n'est pas très élevé, mais ces appels nécessitent une attention toujours particulière et un travail assez important.

Au Québec, on estime qu'environ 2% des décès par cancer du poumon seraient attribuables à des expositions environnementales et 5% à des expositions professionnelles. Même si le tabac s'avère être la principale cause de cancers du poumon, plusieurs autres cancérigènes comme le radon et l'amiante sont présents dans l'environnement et peuvent contribuer à l'apparition de ce type de cancer. La connaissance de la problématique régionale au radon n'est que peu documentée.

La région de la Chaudière-Appalaches se distingue du reste du Québec dû au fait que l'on y retrouve concentrée la majeure partie de l'industrie de l'extraction de l'amiante. Il en découle que les expositions tant environnementales que professionnelles y sont vraisemblablement plus importantes. En conséquence, il apparaît fondamental de décrire le mieux possible la situation de l'exposition à l'amiante en plus de contribuer à toute action visant à en réduire l'exposition. À cet égard, le programme «Amiante-écoles» initié à l'hiver 2000 a permis de recenser dans la région 34 bâtiments scolaires avec des locaux floqués à l'amiante. Avec un nombre limité d'interventions à compléter, l'opération d'enlèvement du flocage est pratiquement terminée dans la région. Par ailleurs, l'identification et l'enlèvement du flocage d'amiante dans les établissements de soins de santé se font actuellement au gré des rénovations ou des agrandissements de ces établissements.

Les intoxications environnementales au CO entraînent plusieurs décès et problèmes de santé importants. Entre 1990 et 2000, on a enregistré annuellement une moyenne de 80 intoxications graves au CO traitées en chambre hyperbare et 13 décès reliés à de telles intoxications ainsi que 1 200 appels au Centre Anti Poison du Québec. Actuellement, la situation régionale n'est pas décrite avec précision en raison notamment de certaines lacunes dans le système de déclaration et de compilation des MADO d'origine environnementale durant les dernières années.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support au besoin en QAI au service Info-Santé et aux organismes concernés;
- Inventaire des écoles, CPE et établissements du réseau de la santé avec leur historique de problèmes de QAI ayant été portés à l'attention de la DSP (ex.: étude auprès de quatre écoles relativement à la présence de tapis, inventaire des écoles avec présence d'amiante floquée...);
- Bilan et suivi des interventions visant l'enlèvement et la réparation du flocage de l'amiante dans les écoles et dans les établissements de soins de santé;
- Procédure d'enquête suite à la réception de déclarations d'intoxications au CO et enregistrement des intoxications au fichier MADO;
- Participation aux campagnes annuelles de sensibilisation de la population (ex.: envois de dépliants) pour le CO.

Les CLSC:

- Réponse aux demandes de la population sur la QAI via Info-Santé.

Perspectives:

Des efforts sont déjà entrepris dans le cadre du Guide intersectoriel d'intervention, afin que la réponse de première ligne soit dorénavant assumée par le service Info-Santé. Nous devrons sensibiliser et former, éventuellement, des inspecteurs municipaux de la région en matière de salubrité résidentielle. Nous devrons tenir les statistiques d'utilisation du service Info-Santé en matière de QAI et voir à l'évaluation de la qualité du service offert afin de déterminer les besoins d'ajustements s'il y a lieu. Des liens seraient à faire avec les centres d'enseignement sur l'asthme afin de s'assurer que la QAI soit considérée dans l'analyse des causes d'asthme.

Par ailleurs, il faudra élaborer, avec l'équipe SAT, l'offre de service d'évaluation de la QAI dans les écoles, garderies et autres lieux publics ciblés de la région. La perspective de mettre en place, après sa validation inter-équipes, l'algorithme de réponse et d'enquête lors de signalements de problèmes de santé liés à la QAI dans des lieux publics s'avère envisageable comme première étape. Il nous faudra également conclure des ententes spécifiques avec les partenaires externes concernés (ex.: CLSC, commissions scolaires, responsables de CPE, directions d'établissements du réseau de la santé, gérants d'arénas…) afin de développer les éléments de collaboration nécessaires.

Nous verrons à la rédaction et à la mise en application d'un plan d'action visant la réduction de l'exposition environnementale à l'amiante en Chaudière-Appalaches, ainsi qu'à l'élaboration d'une procédure régionale de réception, d'enregistrement et de suivi des déclarations pour les MADO chimiques d'origine environnementale.

4.5.3. Eau potable (Cf. SE 10 et 11)

Situation actuelle:

Entre 1989 et 1999, 147 épidémies d'origine hydrique affectant 3 600 personnes ont été rapportées au Québec. Une quinzaine de ces dernières sont survenues en Chaudière-Appalaches et ont affecté près de 500 personnes. La région de la Chaudière-Appalaches compte près de 300 réseaux de distribution d'eau potable desservant les trois quarts de sa population tandis que 25 000 puits privés alimentent les quelques 100 000 personnes non raccordées à un réseau d'aqueduc. Un grand nombre de réseaux d'aqueduc, surtout des petits, sont aux prises avec des problèmes de coliformes fécaux, entraînant des avis d'ébullition ou de non-consommation. Par ailleurs, dans le domaine des eaux récréatives, on dénombre une douzaine de plages publiques inscrites au *Programme de suivi «Environnement-Plages»* sans compter un nombre indéterminé d'autres sites de baignade dont le Fleuve Saint-Laurent, qui ne font pas partie de programmes de surveillance.

En vertu du *Règlement sur la qualité de l'eau potable*, les exploitants de réseaux d'aqueduc sont tenus d'informer le directeur de santé publique de la non-conformité de leur eau. Un système de réception et de suivi des déclarations de non-conformité a été mis en place en 2002 en collaboration avec le MENV. Un système complémentaire de suivi vient récemment d'être mis en place afin de s'assurer que les exploitants n'oublient pas de déclarer leurs non-conformités.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Réception des déclarations de non-conformité de l'eau potable;
- Information de nos partenaires (ex.: Info-Santé, équipe MI) relativement à la qualité de l'eau potable des réseaux du territoire;
- Réception et classement de renseignements sur la qualité de l'eau de baignade des plages inscrites au programme « *Environnement-Plages* »;
- Envoi de la liste, mise à jour quotidiennement, des réseaux d'aqueduc avec problèmes de non-conformités à nos partenaires Info-Santé et MI;
- Évaluation de la pertinence des renseignements fournis et de l'efficacité dans la manière de les fournir.

Les CLSC:

- Information de la population sur certains aspects de la qualité de l'eau potable (ex.: conseils sur les avis d'ébullition…) via Info-Santé;

- Intégration de messages spécifiques (ex. : nitrates dans l'eau de certains réseaux) au sein de programmes ciblés (ex. : cours prénataux).

Le MENV :

- Échange d'information sur les résultats hors normes et les réseaux à problèmes.

Perspectives :

Pour les années à venir, nous prévoyons améliorer nos services par la consolidation des liens de communication avec Info-Santé, l'équipe MI et le MENV, la validation de la procédure d'enquête lors des dépassements de normes impliquant la présence de coliformes fécaux et la constitution d'un registre régional des maladies d'origine hydrique déclarées.

De plus, nous viserons l'amélioration du système de réception et de suivi des déclarations, la mise en place d'un système d'évaluation continue ainsi que l'amélioration des indicateurs de performance du respect de la déclaration par les exploitants.

4.5.4. Aménagement du territoire (Cf. SE 14 et 15)

Situation actuelle :

Depuis quelques années déjà, les MRC sont en processus de révision de leur schéma d'aménagement. À chaque étape, la MRC concernée par un changement dans ses règlements de contrôle intérimaire (RCI) ou dans l'ensemble de son schéma voit à consulter ses partenaires interministériels. La DSP voit à fournir les commentaires pertinents au nom du MSSS. Actuellement, dans la région, plusieurs MRC ont déjà franchi toutes les étapes de consultation, leur schéma d'aménagement révisé étant approuvé ou en voie de l'être.

Par ailleurs, lorsqu'un projet (ex. : nouvelle industrie, projet autoroute…) généralement majeur est soumis aux procédures d'évaluation des impacts environnementaux, la DSP est sollicitée pour émettre les commentaires d'un point de vue de santé publique au nom du ministère de la Santé et des Services sociaux. Régionalement, on dénombre environ deux nouveaux projets par année et environ cinq projets déjà en processus de consultation (ex. : élargissement de la route 277-173 entre Lévis et Saint-Henri, prolongement de l'autoroute 73, restauration environnementale des bassins de résidus huileux à Ultramar…) font l'objet d'analyse et de commentaires par la DSP.

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Lecture, analyse et rédaction de commentaires sur les *Projets de schémas d'aménagement révisés* (PSAR) des différentes MRC du territoire ;
- Participation au processus de planification stratégique de la nouvelle ville de Lévis ;
- Lecture, analyse et rédaction de commentaires à chacune des étapes des projets soumis à la DSP ayant un effet significatif sur l'environnement.

Perspectives :

Il reste encore quelques MRC pour lesquelles la DSP aura à fournir des commentaires relativement à leur PSAR. Plutôt qu'un schéma d'aménagement révisé, la ville de Lévis, qui regroupe le tiers de la population régionale, devra se doter d'un schéma intégré avec celui de la ville de Québec d'ici 2007. Au cours des années qui viennent, nous prévoyons émettre des commentaires sur les PSAR des MRC n'ayant pas encore terminé leur processus ainsi que sur le schéma d'aménagement de la ville de Lévis.

Par ailleurs, nous procéderons à l'évaluation de l'impact de ce service offert en constituant notamment une banque des commentaires émis au cours des dernières années et en faisant ressortir les points gagnés par l'entremise des commentaires émis.

4.5.5. Mesures d'urgence (Cf. SE 16 et 17)

Situation actuelle:

Par la nature de ses activités industrielles, la région de la Chaudière-Appalaches est soumise à des risques d'accidents industriels dont certains sont susceptibles d'entraîner des conséquences majeures. Un Comité mixte municipal-industriel (CMMI) s'est formé en 2000 afin d'inventorier les principaux risques d'accidents industriels majeurs (AIM) sur le territoire des MRC de Desjardins et des Chutes-de-la-Chaudière, et subséquemment de travailler à en réduire les éventuelles conséquences. Depuis le regroupement de la nouvelle ville de Lévis, ce comité s'est mis en dormance et devrait normalement renaître sous peu. Aussi, les commissions scolaires du territoire sont en début de processus de mise à jour de leur plan d'urgence en y ajoutant un volet des risques externes susceptibles d'affecter la population de leurs établissements.

Il existe un plan des mesures d'urgence à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont un des volets concerne la santé publique. De son côté, la DSP s'est dotée de son propre système de réponse pour les urgences de nature environnementale touchant la santé publique. Elle assure un service de garde 7 jours par semaine et 24 heures par jour. Dans la région, l'équipe SE est appelée une vingtaine de fois par année et son intervention concrète s'avère utile environ une dizaine de fois par année. Historiquement, le nombre d'événements majeurs ou sensibles demeure cependant très limité en nombre. Une analyse du système de réponse de garde est en cours au sein de la DSP.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Réponse de garde 24/7;
- Mise à jour continue du bottin d'urgence et évaluation du système de garde;
- Participation au CMMI de Lévis.

Perspectives:

Pour les années qui viennent, nous donnerons un support aux MRC dans leur processus de schémas de sécurité civile et, si besoin, un support aux commissions scolaires dans la mise à jour de leurs plans d'urgence pourra être convenu.

Par ailleurs, en raison de la Loi sur la sécurité civile, les MRC devront se doter de schémas de sécurité civile. À cet égard, la DSP sera vraisemblablement sollicitée pour participer à l'évaluation des risques technologiques majeurs et à l'identification des mesures d'atténuation à mettre en place.

Notre système de réponse téléphonique aux urgences sera revu. De plus, un processus de formation continue de nos intervenants (ex.: présentations internes sur les risques majeurs connus sur le territoire) pourrait permettre des interventions plus efficaces.

4.5.6. Contamination des sols (Cf. SE 14)

La contamination des sols constitue un enjeu majeur en environnement, tant pour les effets immédiats à la santé que pour les effets à long terme pour la population actuelle et future. À ce niveau, nos interventions prennent différentes formes. À titre d'exemple, lorsqu'un projet (ex.: nouvelle industrie, projet autoroute...) généralement majeur est soumis aux procédures d'évaluation des impacts environnementaux, l'équipe SE est sollicitée pour émettre les commentaires d'un point de vue de santé publique au nom du ministère de la Santé et des Services sociaux. Régionalement, quelques projets nous sont soumis chaque année pour commentaires (ex.: agrandissement de la route 277-173 à Saint-Henri, prolongement de l'autoroute 73, restauration environnementale des bassins de résidus huileux à Ultramar...). D'autre part, notre expertise est souvent requise lors de déversement accidentel, de contamination de sol issu d'activités industrielles, de dépotoir, etc.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Lecture, analyse et rédaction de commentaires à chacune des étapes de chacun des projets étant soumis à la DSP ;
- Réponse aux demandes d'information de la population ou des partenaires ;
- Avis de santé publique.

Perspectives:

Pour les années qui viennent, nous continuerons à répondre aux demandes de la population et des partenaires et à émettre les commentaires d'un point de vue de santé publique au nom du MSSS pour tout projet majeur soumis aux procédures d'évaluation des impacts environnementaux.

4.6. Le domaine de la santé au travail

Ce domaine couvre les actions visant à améliorer la santé au travail (SAT), c'est-à-dire, tout ce qui pourrait affecter la santé des travailleurs dans leur milieu de travail.

4.6.1. Lésions musculo-squelettiques (Cf. SAT 01)

Situation actuelle:

Malgré le fait qu'il n'y a pas de données récentes pour la région, la situation, selon la Direction régionale de la CSST, ne semble pas différer de l'ensemble du Québec. Or, les lésions musculo-squelettiques (LMS) constituent 38% de l'ensemble des lésions professionnelles indemnisées et plus de 40% des coûts d'indemnisation à la CSST.

Pour l'année 1999, on notait que plus de 43% des travailleurs indemnisés pour LMS étaient surtout concentrés dans les secteurs du commerce, des aliments et boissons, des services médicaux et sociaux ainsi que dans les autres services commerciaux et personnels (coiffure, garderie, etc.). Les emplois les plus à risque se retrouveraient dans les abattoirs, la confection de vêtements et dans le secteur des aliments et boissons.

La moitié des LMS indemnisées serait composée de tendinites à l'épaule, au poignet et épicondylites ou épitrochléites. La durée moyenne d'absence du travail serait d'environ 53 jours et l'indemnité moyenne versée à titre de remplacement du revenu s'établirait à 2 547 $. Finalement, il y aurait une rechute dans un cas sur quatorze.

De plus, 85% des travailleurs de Chaudière-Appalaches répondant à l'Enquête sociale et de santé (ESS) 1998, déclaraient avoir ressenti des douleurs importantes à au moins une région de leur corps au cours des 12 mois avant l'enquête comparativement à 83% pour l'ensemble du Québec. Ces travailleurs mentionnaient que la douleur qui les a le plus dérangés dans leurs activités était celle du bas du dos (36%

des répondants), suivie de celle aux membres supérieurs (20%), aux membres inférieurs (16%) et au cou (15%). Soixante pour cent (60%) des douleurs ont été situées sur la colonne vertébrale (cou, haut et bas du dos).

Au cours des dernières années, les interventions des équipes de santé au travail des CLSC et de la DSP se sont concentrées surtout à la réponse aux demandes des établissements et à outiller les intervenants du Comité régional d'ergonomie (DSP-CLSC-CSST). Deux colloques régionaux ont été organisés dans ce but en 2002 et 2003. De 1998 à 2002, les intervenants qui ont fait appel aux services de support régional en ergonomie sont passés de 58 à 96. L'état actuel des connaissances dans ce domaine ne permet pas d'identifier des interventions jugées efficaces. Devant l'importance du problème, le réseau de la santé au travail a développé différentes interventions prometteuses; celles-ci sont basées sur les données disponibles, sur l'avis d'experts et sur l'expérience terrain des intervenants. La région dispose également d'un modèle d'intervention et de dispense de services.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support conseil et assistance aux intervenants locaux sur demande;
- Animation du groupe régional de travail sur les lésions LMS;
- Mise à jour de l'outil régional d'échange de connaissance et d'information sur les réalisations en ergonomie;
- Organisation d'une journée annuelle de formation aux intervenants des CLSC et aux inspecteurs de la CSST;
- Contribution au Comité provincial du réseau de la santé sur les LMS et au Groupe scientifique de l'INSPQ sur les LMS.

Les CLSC:

- Interventions dans les établissements ciblés;
- Interventions dans les établissements qui en font la demande;
- Contribution au comité régional d'ergonomie;
- Disponibilité d'un ergonome en support aux intervenants;
- Support aux inspecteurs dans les établissements ciblés par la CSST.

Perspectives:

Les perspectives pour 2004-2007 du comité de travail régional sont de favoriser la prise en charge du milieu, de répondre aux demandes ponctuelles compte tenu des ressources disponibles et limitées, de diffuser les connaissances acquises auprès des clientèles cibles et d'accroître la sensibilisation à l'importance de la prévention de ce genre de lésions.

4.6.2. Maladies pulmonaires d'origine professionnelle (SAT 02, 03, 04 et 05)

Situation actuelle:

Actuellement, les interventions des équipes de santé au travail visent la prévention des maladies pulmonaires d'origine professionnelle suivantes: l'amiantose, la silicose, la béryllose et l'asthme causé par les isocyanates.

En Chaudière-Appalaches, de 1993 à 2003, on a enregistré 121 décès dus à l'amiantose alors que 169 demandes de travailleurs pour lésions dues à l'amiante étaient acceptées par la CSST. Les travailleurs souffrant de ces affections travaillaient principalement dans les secteurs des mines et de la construction. Il y a environ 100 travailleurs qui sont suivis par l'application du *Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines*. Pour le secteur de la Construction, un *Programme provincial CSST-MSSS* est en place pour suivre, en 2004, environ 420 travailleurs des métiers ciblés qui ont été exposés depuis plus de quinze ans à l'amiante. Tous les chantiers de construction et de démolition avec amiante devraient faire l'objet de visite de la part des inspecteurs de la CSST.

Dans notre région, la silicose vise principalement les travailleurs du secteur des Mines et carrières

(silicose chronique) (environ 179 travailleurs suivis par l'application du *Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines*), des secteurs Bâtiment et travaux publics et des Services automobiles (silicose aiguë). Suite à la mise en application de 1997 à 2001 du programme intégré d'intervention, visant l'élimination de l'incidence des silicoses relatives au procédé de décapage au jet d'abrasifs, le nombre de travailleurs utilisant ce procédé est passé de trois cents neuf (309) à cinquante-deux (52). Le bilan du 31 décembre 2001 établit que ces travailleurs avaient à leur disposition et utilisaient des équipements de protection adéquats.

En 2002, pour prévenir la bérylliose, les services de santé au travail ont évalué l'exposition des travailleurs au béryllium dans sept établissements de la région. De plus, après la visite de huit ateliers d'usinage, un support a été donné à deux établissements afin qu'ils contrôlent l'exposition au béryllium au plus bas niveau possible. Aucun suivi médical n'a été nécessaire.

Même si le programme pour prévenir l'asthme causé par les isocyanates a été lancé en juillet 2000, les intervenants de la région avaient débuté leurs activités en 1997 en jumelant ces activités avec celles du *Programme d'intervention intégré* (PII) jet d'abrasifs. Tous les établissements (129) ont été visités à tour de rôle par les intervenants de CLSC et les inspecteurs de la CSST, et ont été informés sur les risques à la santé et les moyens de prévenir l'exposition. On note de plus, que tous les travailleurs possèdent les équipements de protection adéquats pour ne plus être exposés aux isocyanates lors de travaux de peinture.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support conseil régional et assistance aux intervenants des CLSC pour le dépistage et suivi des travailleurs exposés à l'amiante, au béryllium, à la silice cristalline et l'asthme causé par les isocyanates;
- Mise en place et animation du Comité de travail régional CSST-DSP-CLSC amiante-construction.

Les CLSC:

- Service de dépistage de l'amiantose, de la silicose, de la bérylliose, et de l'asthme causé par les isocyanates;
- Support en hygiène du travail à la CSST, aux travailleurs, aux employeurs et autres partenaires;
- Contribution au Comité de travail régional CSST-DSP-CLSC amiante-construction.

La CSST:

- Visite des mines et des carrières;
- Visite de tous les chantiers de construction, de démolition avec amiante, des chantiers de démolition de routes et sur demande des établissements du secteur des services automobiles;
- Participation au Comité de travail régional CSST-DSP-CLSC amiante-construction;
- Réponse aux demandes de support de la CSST sur les chantiers de construction de routes.

Perspectives:

Pour les années qui viennent, nous prévoyons continuer à offrir les mêmes services (connaissance préalable, suivi environnemental, suivi médical, formation et information, premiers secours et de premiers soins) par la mise en application des programmes de santé spécifiques et des programmes provinciaux dans les milieux de travail pouvant causer des maladies pulmonaires. Il faudra de plus assurer le suivi des établissements (SI) du secteur des Services automobiles qui ont substitué la silice pour vérifier s'ils ont maintenu leur choix ou s'ils sont retournés à l'utilisation de la silice cristalline pour leur procédé de jet d'abrasifs.

4.6.3. Intoxications professionnelles (Cf. SAT 06 et 11)

Situation actuelle:

L'absence et l'inefficacité des mesures de contrôle et de gestion des contaminants utilisés ou générés en milieu de travail comptent parmi les principaux facteurs qui contribuent aux intoxications professionnelles (gaz, solvants, poussières, etc.). Dans le but de prévenir celles-ci, les intervenants en santé au travail de la région se sont impliqués dans l'application des programmes provinciaux, régionaux ou locaux visant notamment le plastique renforcé, les fumées de soudage et coupage, l'ammoniac, la peinture électrostatique par poudre sèche, le monoxyde de carbone (chariots élévateurs, arénas), les insecticides pesticides utilisés sur les terrains de golf, la prévention des intoxications dues au sulfure d'hydrogène dans les fosses à purin ou les gaz présents dans les espaces clos. Ils ont réalisé de plus le suivi dans tous les cas des demandes pour maladies à déclaration obligatoire en plus de répondre aux demandes d'assistance des entreprises, des travailleurs, des partenaires (CSST, associations sectorielles, cabinet de médecins, etc.).

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support conseil régional et assistance aux intervenants locaux des CLSC et de la CSST concernant les projets plastique renforcé, soudage/coupage, manganèse, peinture électrostatique par poudre sèche, monoxyde de carbone (chariots élévateurs, arénas et autres secteurs), et concernant tout autre solvant, ammoniac, gaz irritant ou métal;
- Animation du groupe de travail régional sur la peinture électrostatique par poudre sèche;
- Contribution aux comités provinciaux sur peinture électrostatique par poudre sèche, plomb;
- Réalisation et suivi des enquêtes épidémiologiques lors des déclarations de MADO d'origine chimique.

Les CLSC:

- Interventions dans les établissements concernés du territoire par les projets plastique renforcé, soudage/coupage, manganèse, peinture électrostatique par poudre sèche, monoxyde de carbone (chariots élévateurs, arénas et autres secteurs), et concernant tout autre solvant, gaz irritant ou métal;
- Contribution au Groupe de travail régional CSST-DSP-CLSC peinture électrostatique par poudre sèche;
- Réalisation des enquêtes pour MADO d'origine chimique et recommandations de contrôle et de prévention.

La CSST:

- Visite d'établissements;
- Support aux enquêtes en cas d'intoxication et application réglementaire pour la prévention et le contrôle;
- Voir au respect des normes.

Perspectives:

Nous poursuivrons nos activités pour maintenir les acquis dans les secteurs qui ont été ciblés pour le plastique renforcé, les fumées de soudage et coupage et le sulfure d'hydrogène, et nous continuerons d'œuvrer activement dans les secteurs ciblés pour la peinture électrostatique par poudre sèche, le monoxyde de carbone et le plomb aux comités de travail provinciaux responsables de l'implantation et du suivi des programmes provinciaux visant la prévention des intoxications professionnelles. Dans la majorité des cas, nos interventions ont contribué à améliorer les conditions pour prévenir les intoxications professionnelles. De plus, suite au nouveau règlement sur les MADO, nous harmoniserons nos pratiques au regard des enquêtes et des interventions selon le contaminant.

4.6.4. Maladies professionnelles causées par des risques biologiques (Cf. SAT 07)

Situation actuelle:

La fréquence des expositions professionnelles au sang et autres liquides biologiques est généralement mal connue. Comme plusieurs de ces expositions n'entraînent pas d'absentéisme au travail, elles ne sont pas toujours rapportées ni, par le fait même, incluses dans les statistiques de la CSST. Notre région est impliquée depuis plusieurs années dans ce dossier via le programme régional de santé de la SQ et les programmes de santé spécifiques du secteur des Affaires municipales. Au début de 2002, un *Programme provincial sur les risques biologiques* a été lancé. Il vise dans une première phase (2002-2005), les policiers de l'administration provinciale (SQ) et municipale, les pompiers premiers répondants, les pompiers non premiers répondants à risque et les agents des services correctionnels (aucun dans notre région). En 2001, nous avions déjà commencé à informer sur les risques biologiques et vacciné (hépatite B) 14 techniciens et 195 patrouilleurs de la Sûreté du Québec. Une vérification de sérologie postvaccinale est en cours en 2003. Pour les travailleurs des municipalités de la région, 1 008 ont reçu de l'information sur les risques biologiques, et 471 ont été vaccinés en 2001-2002 (tétanos et/ou hépatite B). Pour 2003, 1 030 travailleurs des municipalités (policiers, pompiers et autres travailleurs municipaux) devaient recevoir de l'information sur les risques biologiques, et 968 devaient être vaccinés (tétanos et/ou hépatite B).

Depuis quelques années, les intervenants en santé au travail voient à la prévention et au contrôle des réactions allergiques dues aux piqûres d'insectes dans le secteur de la Forêt via les premiers secours et les premiers soins. En 2003, avec la possibilité de cas d'infections au virus du Nil occidental, ce sujet a été ajouté à la planification.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support conseil régional et assistance aux CLSC et à la CSST concernant le projet risques biologiques incluant la vaccination contre l'hépatite B, le tétanos, et la sérologie postvaccinale, le contrôle des réactions allergiques dues aux piqûres d'insectes dans le secteur de la Forêt, le SRAS et le VNO;
- Collaboration à la rédaction du rapport annuel provincial sur l'utilisation de l'adrénaline en forêt acheminé au Collège des médecins;
- Participation avec l'équipe MI au Groupe de travail régional sur la prophylaxie postexposition.

Les CLSC:

- Interventions dans les établissements concernés du territoire par la deuxième phase du projet risques biologiques, incluant la vaccination contre l'hépatite B, le tétanos et la sérologie postvaccinale;
- Information des travailleurs et employeurs forestiers sur la prévention et les conséquences des piqûres d'insectes (allergies et VNO) incluant la formation des secouristes désignés pour l'utilisation de l'adrénaline en forêt;
- Information sur demande aux travailleurs et aux employeurs sur les risques et les moyens de prévention reliés au SRAS;
- Information sur demande aux établissements sur les risques et les moyens de prévention reliés au SRAS.

Perspectives:

Pour les années 2004-2007, nous comptons continuer de mettre en application dans notre région la deuxième phase du *Programme d'intervention provincial* CSST-MSSS visant les travailleurs exposés aux eaux usées ou associés à la cueillette et au tri des ordures.

Nous comptons répondre à toutes demandes sur les risques biologiques venant des établissements ciblés de la région.

Afin que les travailleurs de la région soient traités le plus rapidement possible lors de contact avec des risques biologiques, nous collaborerons avec l'équipe des maladies infectieuses à la révision du protocole de prophylaxie postexposition (voir 4.4.1.4.).

Finalement, le SRAS étant une infection susceptible de toucher autant les travailleurs que la population en général, les travailleurs du réseau de la santé sont les plus susceptibles de contracter la maladie, car ils risquent d'être en contact avec les malades infectés. Nous comptons donc, au cours des prochaines années, informer les établissements au besoin sur les risques et les moyens de prévention reliés à cette maladie et autres maladies infectieuses de même type.

4.6.5. Cancers d'origine professionnelle (Cf. SAT 08 et 11)

Situation actuelle:

Plusieurs substances présentes en milieu de travail (ex.: arsenic, cadmium, amiante, chrome, nickel et ses composés, fumées d'hydrocarbures), s'avèrent cancérogènes. Cependant, toutes les substances reconnues comme cancérogènes sur le plan international ne sont pas inscrites comme telles dans la réglementation québécoise. Des études estiment que de 5% à 40% des cancers diagnostiqués, selon leur étiologie, seraient d'origine professionnelle. Les cancers des voies respiratoires (trachée, bronches, poumon) et de la vessie sont ceux qui entraînent le plus de décès. Le mésothéliome, bien qu'il soit relativement rare, est probablement celui des cancers sentinelles pour lesquels l'association à une exposition professionnelle est la plus forte.

Dans notre région, les interventions visant la réduction des cancers professionnels se font par les intervenants des CLSC via la mise en application des programmes de santé spécifiques ou des demandes des milieux de travail ou des partenaires. Les inspecteurs de la CSST et les intervenants des associations sectorielles paritaires font aussi des interventions de prévention lors de leurs visites dans les établissements.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support conseil régional et assistance aux intervenants locaux et de la CSST, sur demande, sur le cancer d'origine professionnelle;
- Mise en place et animation d'un comité régional sur le dossier des cancérogènes en milieu de travail.

Les CLSC:

- Identification des milieux où l'on retrouve des cancérogènes connus ou potentiels et ciblage à partir des dossiers d'établissements disposant déjà des services;
- Précision sur les niveaux d'exposition environnementale et biologique des travailleurs (historique et prospectives);
- Information sur les méthodes de captation lorsque pertinent et sur la substitution de produits (assainissement);
- Information et suivi de santé des milieux de travail avec des travailleurs exposés.

La CSST:

- Vérification et implantation, le cas échéant du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) dans les milieux ciblés;
- Voir à ce que les employeurs mettent en place rapidement les mesures correctives.

Les associations sectorielles paritaires:

- Support à la mise en place du SIMDUT dans les milieux ciblés;
- Information et assistance aux milieux de travail sur les produits de substitution et les méthodes d'assainissement.

Perspectives:

Pour les prochaines années, nous comptons continuer à assurer un suivi des milieux de travail où des

travailleurs sont exposés via les programmes de santé spécifiques et les programmes provinciaux.

4.6.6. Surdité professionnelle (Cf. SAT 09 et 11)

Situation actuelle:

En Chaudière-Appalaches, on retrouve plus de 33 000 travailleurs exposés à des bruits nocifs et au moins 5 000 travailleurs ou ex-travailleurs avec une surdité susceptible de causer des incapacités pouvant entraîner un handicap. Depuis 1996, les intervenants en santé au travail de la région sont plus particulièrement impliqués dans le soutien à la réduction du bruit et dans la diminution des conséquences de la surdité professionnelle. Nous avons participé aux travaux de divers comités provinciaux, notamment le Comité patronal-syndical sur la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit dans les scieries et le sous-comité bruit/surdité de la TCNSAT. La région s'est dotée en 1996, d'un Cadre de programmation sur le bruit et la surdité professionnelle qui a été mis en application depuis et a permis la réalisation de nombreuses activités visant la réduction à la source du bruit, l'information aux employeurs et aux travailleurs sur le bruit et ses conséquences ainsi que le support aux travailleurs sourds. De 1998 à 2003, les intervenants en santé au travail de la région ont participé à 76 projets de réduction du bruit à la source, réalisé de la surveillance environnementale dans 332 établissements (5 336 travailleurs), réalisé des dépistages auditifs dans 92 établissements (1 818 travailleurs) et informé 16 891 travailleurs et employeurs sur le bruit et ses conséquences et fait un suivi psychosocial auprès de 131 travailleurs ayant une surdité.

De plus, nous avons participé au développement de matériel pour la formation en milieu scolaire, publié depuis 2003, un bulletin d'information dénommé « Tapageur », et donné des conférences dans des colloques sur la prévention de la surdité.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Animation du Groupe de travail régional bruit et surdité professionnelle DSP-CLSC;
- Contribution aux travaux des comités de travail provinciaux bruit et surdité;
- Contribution au développement d'un plan d'action national sur le bruit et la surdité professionnelle et au développement des modèles de services de réadaptation;
- Publication en collaboration avec l'équipe de santé et environnement de la DSP, du bulletin d'information sur la lutte contre le bruit environnemental et en milieu de travail, et leurs effets à la santé: *TAPAGEUR*.

Les CLSC:

- Interventions dans les établissements ciblés du territoire par le projet bruit et surdité professionnelle et dans ceux qui en font la demande incluant le suivi des sourds professionnels;
- Contribution au Groupe de travail régional DSP-CLSC bruit et surdité professionnelle.

Perspectives:

Pour les années qui viennent, nous comptons continuer nos activités de prévention et mettre l'accent sur les établissements qui exposent leurs travailleurs à des niveaux extrêmes de bruit de l'ordre de 100 décibels et plus.

4.6.7. Programme pour une maternité sans danger (Cf. SAT 10)

Situation actuelle:

Le *Programme pour une maternité sans danger* (PMSD) a été mis sur pied par la CSST au début des années 1980 dans le but de protéger la travailleuse enceinte des dangers reliés au milieu de travail. C'est le médecin traitant après consultation du médecin responsable du CLSC qui recommande la réaffectation ou le retrait de la travailleuse.

Dans notre région, le nombre total de demandes de consultation traitées en 2002 est de 1 991 comparativement à 1 965 en 2001, soit une augmentation de 1%. Après avoir connu une hausse de (45%) de 1997 à 2001, le nombre des demandes semble se stabiliser. Les secteurs d'activité économiques où l'on retrouve le plus de demandes sont: les services médicaux et sociaux (25,2%), le commerce (17,1%) et les autres services commerciaux et personnels (13,7%). Finalement, les risques les plus souvent identifiés lors des demandes étaient: les risques ergonomiques (60,6%), les risques à la sécurité (13,2%) et les risques chimiques (11,5%).

Au cours des dernières années, outre les recommandations individuelles, les médecins en santé au travail de la région ont concentré leurs efforts à harmoniser leurs pratiques sur les risques à la santé de la travailleuse enceinte en lien avec le Comité provincial sur la réaffectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite et le GRGT. Les médecins responsables et les médecins-conseils de la région procèdent annuellement à l'évaluation de la qualité de l'acte médical à partir des recommandations émises lors des demandes de consultation traitées en cours d'année. La DSP a participé à l'avis scientifique du comité ad hoc de l'INSPQ sur les risques reliés au méningocoque chez les enseignantes enceintes.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support conseil régional et assistance aux CLSC et à la CSST;
- Animation des discussions sur l'harmonisation des pratiques sur les risques à la santé de la travailleuse enceinte;
- Contribution au comité provincial sur le PMSD.

Les CLSC:

- Réponse aux demandes de consultation des médecins traitants du *Programme de maternité sans danger*;
- Contribution à l'harmonisation des pratiques sur les risques à la santé de la travailleuse enceinte.

Perspectives:

Pour les années qui viennent, il est prévu que les médecins responsables et les médecins-conseils de la région, en plus de répondre aux demandes de consultation des médecins traitants, continueront aussi l'harmonisation de leurs pratiques sur les risques à la santé de la travailleuse enceinte en lien avec le Comité provincial sur la réaffectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite et le GRGT.

4.6.8. Autres problèmes de santé attribuables au milieu de travail (Cf. SAT 13, 14, 15)

Situation actuelle:

Les équipes de santé au travail de la région sont impliquées dans des dossiers prioritaires et qui ne sont pas compris dans les activités visées par le PNSP soit: les contraintes thermiques, la qualité de l'environnement intérieur au travail et la santé psychologique au travail.

Depuis 2002, les intervenants en santé au travail se sont impliqués directement dans le dossier des contraintes thermiques tant au niveau régional que provincial. En 2002, nous avons procédé à la mise en place d'un Groupe de travail DSP-CLSC-CSST pour l'harmonisation de la conduite à suivre en cas de contraintes thermiques dans les établissements de la région, rédigé un guide et des outils d'intervention lors des demandes de support des entreprises, formé des intervenants des CLSC et des inspecteurs de la CSST sur le guide et la conduite à tenir lors d'activités avec contraintes thermiques. Les CLSC ont répondu à 89 demandes de support des établissements et il y a eu diffusion de trois communiqués de presse conjoints CSST-DSP aux médias de la région. En 2003, nous avons participé au comité de la CSST sur les contraintes thermiques en ambiance chaude et au comité de travail du réseau de la santé sur le même sujet. L'hygiéniste régional a aussi contribué à la rédaction d'un *Guide provincial sur les contraintes thermiques en ambiance chaude*. De plus en 2003, le groupe de travail régional sur les contraintes thermiques a continué ses travaux pour permettre aux intervenants de la région de répondre aux demandes de

support des établissements et il devrait continuer de le faire en 2004.

On note, que les services de santé au travail sont de plus en plus interpellés sur des problèmes d'environnement intérieur dans des milieux non industriels (bureaux, commerces, écoles, hôpitaux, etc.). Les problèmes signalés peuvent avoir trait à des éléments de confort, de qualité d'air ou certains aspects psychosociaux reliés à l'environnement et à l'organisation du travail. Ce type de demande est en augmentation depuis quelques années (30 demandes en 2001 et 49 en 2002). Devant cette hausse, un comité suprarégional regroupant des intervenants et des professionnels des régions de la Chaudière-Appalaches et de Québec a été formé. Il a produit divers outils d'intervention communs. Ces outils ont été rendus disponibles aux intervenants des deux régions en février et mars 2002 et sont utilisés depuis. Ils ont aussi fait l'objet d'articles dans une revue.

Finalement, le PNSP relève que les réclamations pour lésions professionnelles reliées au stress, à l'épuisement professionnel et à d'autres facteurs d'ordre psychologique ont presque doublé à la CSST, entre 1990 et 1997, tout comme les sommes versées par les compagnies privées d'assurance salaire. Dans notre région, nous n'avons pu calculer l'ampleur de ces problèmes, même si quelques interventions de prévention ont été réalisées par un CLSC à la demande des entreprises.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support conseil régional et assistance aux CLSC et à la CSST ;
- Contribution aux travaux des comités de travail provinciaux sur les contraintes thermiques.

Les CLSC:

- Interventions dans les établissements ciblés du territoire et dans ceux qui en font la demande ;
- Contribution au Groupe de travail régional CSST-DSP-CLSC sur les contraintes thermiques et la qualité de l'air intérieur en milieu de travail.

Perspectives:

Nous continuerons d'offrir les mêmes services pour les dossiers des contraintes thermiques et de la qualité de l'environnement intérieur au travail.

Pour ce qui est de la santé psychologique en milieu de travail, nous prévoyons pour les années qui viennent, l'élaboration d'une offre de service régionale en tenant compte des ressources disponibles à la DSP et dans les CLSC, ainsi que des partenaires impliqués dans ce dossier

4.6.9. Habitudes de vie et adaptation sociale en milieu de travail (Cf. SAT 12)

Situation actuelle:

Selon le PNSP, certaines activités se rapportant aux habitudes de vie et aux maladies chroniques ou au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale peuvent être organisées en milieu de travail. Il en est ainsi, de façon particulière, d'activités en rapport avec des campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie ou avec des mesures environnementales favorisant une saine alimentation et la pratique régulière d'une activité physique. Des activités portant sur la prévention des problèmes de jeu, consommation de drogues et d'alcool et des risques qui y sont associés ainsi que sur la prévention du suicide (*Programme Sentinelles*) peuvent également être offertes dans les milieux de travail. Toutefois, on devrait envisager d'intervenir sur ces problématiques selon un approche intégrée afin de tenir compte des facteurs de risque communs et d'éviter la redondance des programmes de prévention et promotion auprès d'une même clientèle. Comme les intervenants en santé de travail sont connus par les entreprises et les comités de santé de sécurité, ils peuvent mettre en contact l'entreprise et les intervenants de santé publique lorsqu'un tel problème y

est identifié. Actuellement, tous les programmes et les interventions en milieu de travail en lien avec les habitudes de vie (*Programme SVC, Programme Kino-Québec*) sont peu ou partiellement connus des intervenants en santé au travail.

Perspectives:

Pour les années à venir, nous comptons accentuer nos actions visant à faire connaître aux employeurs et aux travailleurs les programmes et les interventions en milieu de travail en lien avec les habitudes de vie. De plus, il faudra analyser la possibilité de mettre en place un plan d'intervention régional via une approche intégrée sur les habitudes de vie et les problèmes d'adaptation sociale en milieu de travail, avec tous les partenaires impliqués (équipes : santé au travail ; habitudes de vie et maladies chroniques ; développement, adaptation et intégration sociale de la DSP ; équipes des CLSC, CSST, ASP, employeurs, travailleurs) afin d'utiliser au mieux les ressources de la région pour améliorer les habitudes de vie et diminuer l'incidence des maladies chroniques, réduire le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool.

4.7. Les stratégies de développement des communautés

Les liens entre les contextes de vie, les habitudes de vie, la santé et le bien-être ne sont plus à démontrer ; de plus, on sait que la pauvreté contribue largement à la persistance des inégalités de santé et de bien-être. Les activités qui s'inscrivent dans la stratégie de développement des communautés (DEVC) visent à prévenir des problèmes psychosociaux et de santé influencés par le contexte de vie. Les membres de la communauté peuvent ainsi renforcer leur autonomie et la cohésion sociale, changer leur situation, créer des environnements adaptés à leurs besoins. Le développement des communautés passe notamment par le soutien à l'action communautaire dont les organismes communautaires sont les principaux artisans.

Plusieurs activités de santé publique décrites dans ce document utilisent une ou des stratégies de développement des communautés. Elles sont présentées dans les autres sections du document (voir DEVC 04 à 08) à l'annexe 7. Nous n'avons conservé dans ce chapitre que les trois stratégies suivantes, soit DEVC 01, 02 et 03.

4.7.1. Chaudière-Appalaches en santé (Cf. DEVC 01)

Situation actuelle:

Lors de la mise en œuvre régionale de la PSBE, nous avons développé dans la région une stratégie inspirée du *Réseau Québécois des villes et villages en santé* ; cette stratégie nommée *Chaudière-Appalaches en santé* (CAS), mise sur l'empowerment, la participation sociale et la mobilisation des communautés pour améliorer les milieux et les conditions de vie. Les membres de CAS, dans leur planification 2003-2004, mettent sur pied ou poursuivent des projets comme : jardins communautaires, amélioration de la qualité de vie dans les habitations à loyer modique (HLM), transport collectif, Clubs des petits déjeuners, soutien aux cuisines collectives et aux entreprises d'économie sociale, organisation d'ateliers d'éducation populaire, soutien à des projets sur l'itinérance,

rencontres d'information et de sensibilisation, etc. Des politiques gouvernementales prônent ces approches et les considèrent comme un gage de succès.

Cette année, 23 350 personnes ont été rejointes par ces divers projets, soit 38% des familles à faible revenu ; une trentaine de projets sont actuellement en cours. Une quinzaine d'autres seront mis sur pied d'ici 2004.

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Production et diffusion de données socioéconomiques ;
- Activités de sensibilisation de la population reliées à des événements annuels tels la Journée internationale contre la pauvreté, ou des dossiers tels le transport collectif, le Collectif pour l'élimination de la pauvreté, le suivi de la Loi 112 pour contrer la pauvreté ;
- Activités de formation à l'intention des intervenants multisectoriels en développement des communautés et lutte à la pauvreté.

Les CLSC :

- Soutien à l'action du communautaire et de l'intersectoriel ;
- Animation des milieux de vie ;
- Soutien à la planification et à la réalisation des projets.

Les organismes communautaires :

- Réalisation de projets ou d'interventions.

Perspectives :

Nous poursuivrons la stratégie de développement des communautés qu'est *Chaudière-Appalaches en santé*, au cours des trois prochaines années. Nous chercherons à accentuer la mobilisation intersectorielle et la mise en chantier de nouveaux projets par l'ajout de financement récurrent pour soutenir la contribution du réseau de la santé à ces différents projets de nature intersectorielle.

4.7.2. Sécurité alimentaire et cuisines collectives (Cf. DEVC 02)

Situation actuelle :

En 1998, on estimait que 8% des ménages avaient vécu une situation d'insécurité alimentaire durant l'année, dont 235 étaient des familles monoparentales, tandis que plus de 10% des jeunes ne mangeaient pas assez. Le portrait des ressources communautaires en sécurité alimentaire, mai 2000, fait état que 10,9% des couples avec ou sans enfants vivent sous le seuil de la pauvreté dans notre région ce qui représente 10113 familles. À ce nombre, s'ajoutent 4660 familles monoparentales pour un total de 14773 familles. 18,9% des personnes âgées sont des personnes très pauvres. En Chaudière-Appalaches, 25,2% de la population vit dans la pauvreté, soit l'équivalent d'une personne sur quatre, 78 ressources communautaires étaient recensées et le nombre d'individus et de familles qui en bénéficient augmente sans cesse.

Douze organismes communautaires sont subventionnés pour implanter ou consolider des cuisines collectives dans toute la région. Huit organismes réalisent des activités éducatives ou formatives en répondant le plus souvent à des besoins en alimentation (cours de cuisine, liste d'épicerie, achat, jardin…).

En 2002-2003, dans le cadre du *Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire*, un budget a été réparti entre onze organisations de la région.

Les partenaires et leurs rôles :

La Direction de santé publique :

- Assurer le financement et la gestion des projets subventionnés des cuisines collectives et des activités de formation ;
- Assurer la reddition de comptes, la diffusion et/ou l'évaluation des projets du *Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire* ;

- Organisation de journées de partage des actions en sécurité alimentaire.

Les CLSC:

- Intervention nutritionnelle;
- Soutien à l'action communautaire;
- Fiduciaire de certains projets de cuisines collectives;
- Référence de la clientèle.

Les organismes communautaires et autres partenaires:

- Implantation et consolidation des interventions structurées de cuisines collectives;
- Réalisation d'activités éducatives ou formatives auprès des clientèles démunies;
- Réalisation des projets dans le cadre du *Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire* dans chaque territoire de CLSC.

Perspectives:

Nous viserons à ce que dans chaque territoire de CLSC, un organisme communautaire reconnu ou associé, présente et réalise un projet en sécurité alimentaire selon le cadre provincial du *Programme de subvention de projets en sécurité alimentaire*. Nous viserons également à consolider le réseau des cuisines collectives et des organismes oeuvrant dans le domaine de la sécurité alimentaire.

4.7.3. Insertion socioprofessionnelle (Cf. DEVC 03)

Situation actuelle:

Un projet régional de formation (*Programme réseaux*) pour l'intégration sociale des adultes éloignés du marché du travail et prestataires à l'assurance-emploi depuis plus de 4 ans, sans contrainte à l'emploi, a fait l'objet d'une entente spécifique entre les quatre commissions scolaires de la région, le ministère d'État à la Solidarité sociale, à la Famille et à l'Enfance, le ministère des Régions, le ministère de l'Emploi, le regroupement des CLSC de Chaudière-Appalaches, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches et le Conseil régional de concertation et de développement de Chaudière-Appalaches (CRCD); ce projet a débuté en 2003.

Les partenaires et leurs rôles:

La Direction de santé publique:

- Support méthodologique à l'évaluation du projet;
- Collaboration à la gestion de l'entente.

Les CLSC:

- Soutien psychosocial à la clientèle ciblée par le programme.

Le réseau de l'éducation:

- Prestation du programme de formation.

Perspectives:

Le projet se poursuivra au cours des trois prochaines années et devrait se terminer en 2007.

4.8. La fonction surveillance

Cette section couvre le champ d'une fonction essentielle de santé publique soit la fonction surveillance (SURV).

4.8.1. Plans de surveillance national et régionaux (Cf. SURV 01)

Situation actuelle:

Les travaux de surveillance des dernières années se sont réalisés essentiellement en tenant compte de la documentation des priorités de la PSBE et de la *Loi sur la santé et les services sociaux* (LSSS, art. 373). Nous avons également considéré les *Priorités nationales de santé publique*. Les grandes enquêtes et le *Portrait de santé du Québec et ses régions* ont aussi orienté nos travaux. Une démarche est en cours pour élaborer un plan de surveillance national et des plans de surveillance régionaux. Ceux-ci incluront un ensemble d'indicateurs communs à l'ensemble des régions du Québec. Par ailleurs, ces indicateurs seront ventilés, lorsque disponibles, par MRC/CLSC, pour la région et le Québec. Cette partie des plans de surveillance est appelée «*base commune*». L'équipe surveillance, recherche, évaluation (SRE) de la DSP contribue activement au niveau de la fonction surveillance générale, ainsi qu'au niveau des autres domaines (développement, adaptation et intégration sociale, habitudes de vie et maladies chroniques, traumatismes non intentionnels, maladies infectieuses, santé environnementale et santé en milieu de travail) à la définition de la base commune. Enfin, au plan régional, des travaux sont en cours, avec les autres équipes de la DSP concernant le Plan de surveillance régional afin d'intégrer les indicateurs faisant partie de la base commune nationale des futurs plans de surveillance au *Plan d'action régional*, ainsi que les indicateurs associés à des particularités régionales ou à des problèmes en émergence.

Perspectives:

D'ici 2007, il y aura élaboration des Plans de surveillance, aux niveaux national et régional. Ceux-ci incluront un ensemble d'indicateurs communs à l'ensemble des régions du Québec ainsi que des indicateurs spécifiques à chaque région. Ces indicateurs seront ventilés par MRC/CLSC, régions et pour le Québec. Ils serviront à suivre l'évolution dans le temps des problématiques et des déterminants de santé ciblés par le PNSP.

La DSP doit réorganiser ses ressources en surveillance pour la réalisation de cette nouvelle responsabilité.

4.8.2. Accès et production de données (Cf. SURV 02, 03 et 04)

Situation actuelle:

Dans notre région, lors de la réception des fichiers du MSSS, des activités de recherche et de mise à jour des fichiers sont réalisées afin de rendre l'information accessible à nos partenaires (niveaux local et régional) (ex.: traitement de la base, métadonnées, programmation, validation de l'information, regroupement des bases d'information, etc.). Par ailleurs, il arrive parfois de procéder directement à la commande de données sur certains fichiers (ex.: grossesses à l'adolescence, I-CLSC, ...) ou encore de s'allier aux démarches de la Table nationale en surveillance pour obtenir certains de ceux-ci.

Pour la majorité des données provenant de tiers, il n'existe pas, présentement, d'entente formelle d'acquisition. Au besoin, des demandes sont acheminées aux tiers et doivent être faites à la pièce. D'autres données font l'objet de consortium national. Ces consortiums sont renouvelés au besoin. Par ailleurs, la région est responsable de la validation et de la distribution des données du *Programme assistance-emploi* aux directions de santé publique du Québec. Il n'y a pas d'entente formelle avec le tiers à cet effet.

Finalement, au cours des dernières années, la DSP a participé aux enquêtes nationales. Dans le contexte actuel, la DSP est consultée et collabore aux grandes enquêtes nationales. Par ailleurs, l'équipe SRE de la DSP réalise régulièrement des enquêtes régionales en collaboration avec les autres équipes de la DSP.

Perspectives :

Il est prévu dans le Plan de surveillance que « les sources de données d'usage collectif soient déposées à l'Infocentre [national] (entrepôt de données) de santé publique, ce qui en ferait l'unique source d'alimentation des autorités de santé publique. » (Plan de surveillance, base commune, 2003 : 64). Ceci permettrait de rendre l'information plus disponible et accessible, de développer l'utilisation de sources d'information peu exploitées en fonction du Plan de surveillance et de la mission de santé publique. Il serait souhaitable d'établir des liens fonctionnels entre les Infocentres national et régional afin de rendre les données plus valides et accessibles aux plans local et régional.

Il est prévu de conclure des ententes formelles nationales auprès de tous les tiers concernés afin de répondre à la base commune du Plan de surveillance national. Toutefois, au niveau régional, s'il n'y a pas d'ententes nationales, il serait souhaitable de conclure des ententes pour certaines sources de données, selon les besoins.

Ces processus devraient permettre d'assurer un flux de données variées, probantes et exactes, produites régulièrement ou occasionnellement selon le besoin.

La DSP collaborera à l'identification des besoins d'enquêtes sociosanitaires d'envergure nationale qui seront menées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

4.8.3. Production d'informations pertinentes (Cf. SURV 05)

Situation actuelle :

Les travaux de surveillance des dernières années se sont réalisés essentiellement en tenant compte de la documentation des priorités de la PSBE et de la *Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS, art. 373)*. On a également tenu compte des Priorités nationales de santé publique et des orientations gouvernementales. Les grandes enquêtes et le *Portrait de santé du Québec et ses régions* ont aussi orienté les travaux de l'équipe SRE. Soulignons aussi la production d'avis et commentaires à la production de rapports nationaux. Il y a eu également la production de portraits régionaux : portraits et produits pour documenter la PSBE, portraits par clientèles ou par thématiques, dans lesquels les dimensions temporelle et spatiale étaient largement considérées.

Jusqu'à maintenant, les portraits, l'analyse des grandes enquêtes et certaines analyses par problématique et clientèle ont permis de dégager des problèmes prioritaires et émergents. Par ailleurs, l'exploitation de diverses sources d'information peut également contribuer à l'identification de certains problèmes prioritaires. Des études qualitatives ont aussi permis de mieux documenter des problèmes prioritaires ou en émergence. Enfin, les partenaires expriment certains de leurs besoins par des demandes d'information, ce qui permet à la DSP de produire des analyses portant sur des particularités régionales.

Perspectives :

Nous contribuerons à la production du rapport national de l'état de santé de la population et verrons à la production du rapport régional de l'état de santé de la population. Nos productions pourraient prendre la forme de portraits, incluant le traitement et l'analyse au niveau régional et local, de faits saillants et d'articles. Nous continuerons d'œuvrer à l'interprétation, l'analyse et la production d'informations relatives aux particularités régionales et/ou problèmes prioritaires et de développer, au besoin, l'expertise dans ces domaines.

4.8.4. Diffusion des rapports national et régionaux sur l'état de santé de la population (Cf. SURV 06)

Situation actuelle :

Les portraits, études et enquêtes (et les abrégés) concernant l'état de santé et de bien-être de la population sont diffusés en fonction de leurs publics ciblés et selon les technologies et moyens disponibles (ex : Enquête sociale et de santé et faits saillants, le portrait

de santé *Le Québec et ses régions* (faits saillants), portrait sur l'état de santé : volets : sociodémographie, adaptation sociale, étude sur le tabac, etc.).

Perspectives :

Une étude nationale sur l'utilité des produits de surveillance a été réalisée auprès des principaux utilisateurs. Cette étude permettra à l'équipe SRE de mieux orienter ses produits et services sur le plan régional. L'équipe continuera donc à consacrer des efforts importants en cette matière.

Au cours des prochaines années nous verrons à la diffusion du rapport national adapté à notre région en fonction de l'échéancier prévu au plan de mise en œuvre du plan commun de surveillance auprès de la clientèle (distribution à l'aide de nos canaux habituels et soutien à l'information auprès de la clientèle) (indicateurs), à la diffusion d'un rapport sur les faits saillants régionaux du rapport national (indicateurs), ainsi qu'à la diffusion d'un rapport régional (incluant la ventilation du niveau territoire de MRC) (indicateurs).

4.8.5. Diffusion de toute autre information à la population, aux décideurs et aux intervenants sur l'état de santé de la population (Cf. SURV 07)

Situation actuelle :

Les portraits, études et enquêtes (et les abrégés) concernant l'état de santé et de bien-être de la population sont diffusés en fonction de leurs publics ciblés et selon les technologies et moyens disponibles (ex : *Enquête sociale et de santé et faits saillants, le Portrait de santé Le Québec et ses régions* (faits saillants), Portraits sur l'état de santé : volets : sociodémographie, adaptation sociale, santé mentale, étude sur le tabac, etc.). Les faits saillants sur les portraits, thématiques ou enquêtes sont, la plupart du temps, diffusés sous forme d'abrégé pour la population et les partenaires intersectoriels. L'équipe SRE répond aussi à des demandes spécifiques de la population ou des partenaires intersectoriels par des produits spécifiques répondant à leurs besoins. Enfin, des articles sont régulièrement publiés dans le *Carrefour santé publique* ou encore font l'objet de conférences de presse, communiqués, présentations, etc.

Perspectives :

Une étude nationale sur l'utilité des produits de surveillance a été réalisée auprès des principaux utilisateurs. Cette étude nous permettra de mieux orienter nos produits et services sur le plan régional.

À partir de l'information générée dans les plans de surveillance, on prévoit poursuivre la réponse au mandat du directeur de santé publique qui consiste à informer la population par de la diffusion sous les diverses formes (abrégés, articles, communiqués, etc.) mentionnées ci-haut. Étant donné que dans le PNSP, une attention particulière est portée à la diffusion de l'information, des efforts seront mis en œuvre à cet effet. Par ailleurs, au niveau régional, une interface entre les professionnels de surveillance et les communications (avec les nouveaux médiums) est à développer davantage. Enfin, la DSP vise à optimiser l'utilisation de l'Infocentre régional et du site WEB comme moyens de diffusion, notamment par une implication soutenue dans le développement de ces derniers.

4.9 La recherche et l'innovation

Fonction plus accessoire, mais quand même importante, la recherche et l'innovation (RECH) sont des activités priorisées du PNSP.

4.9.1. Activités de recherche et d'innovation (Cf. RECH 01)

Situation actuelle:

La DSP contribue à produire de l'information qui oriente les recherches et les enquêtes régionales. Elle est à l'origine et réalise certaines recherches ou enquêtes régionales sur des sujets spécifiques, contribuant ainsi à améliorer les connaissances scientifiques. Elle effectue des recherches ou enquêtes régionales en collaboration avec le réseau. À même les portraits, elle développe aussi des connaissances scientifiques (développement d'outils, développement d'indicateurs, expérimentation du potentiel d'information pertinente des bases de données, analyse de problématiques). Elle soutient les partenaires au plan de la méthodologie des recherches et enquêtes. Ces activités sont réalisées en partie par les membres réguliers de l'équipe SRE, ainsi que par des ressources engagées dans le cadre de recherches subventionnées par le Programme de subventions en santé publique (PSSP) (voir annexe 4).

Perspectives:

La DSP devrait continuer d'offrir les mêmes services dans ce domaine mais l'ampleur de ceux-ci sera toutefois influencée par la disponibilité de ressources financières pouvant y être attribuées, notamment, par le biais du PSSP. De plus, la disponibilité des ressources actuelles de l'équipe sera aussi limitée, considérant la priorité accordée à d'autres mandats qui lui sont dévolus en matière de surveillance et d'évaluation tels que l'élaboration et l'actualisation du Plan de surveillance national (base commune) et du Plan de surveillance régional.

Quoiqu'il en soit, afin d'identifier les problèmes les plus en amont possible, nous souhaitons maintenir et consolider le volet de la recherche et de l'innovation soit : en termes de nouvelles problématiques, nouvelles méthodologies ou indicateurs, nouvelles expérimentations, nouvelles enquêtes régionales, etc.

Les études actuellement en préparation porteront notamment sur la problématique du suicide en Chaudière-Appalaches (voir 4.1.3.3.).

4.10. L'évaluation

L'évaluation (EVAL) est une activité essentielle au processus de planification. Dans ce cadre, évaluer est une activité incontournable dans la mise en œuvre du PNSP et doit s'actualiser au niveau national et au niveau régional. En fait, l'évaluation constitue une fonction transversale qui concerne l'ensemble des domaines d'intervention inclus dans le PNSP.

Le suivi de l'implantation des activités, le suivi des indicateurs sociosanitaires et les études évaluatives particulières constituent les principaux types d'évaluation du PNSP dans lesquels s'est notamment investie la DSP au cours des dernières années sans négliger les activités de soutien méthodologique.

4.10.1. Intégration de la fonction évaluation (Cf. EVAL 01)

Situation actuelle:

Certaines activités s'avèrent essentielles à l'actualisation de la fonction évaluation et à son développement. Elles favorisent une plus grande compréhension et une meilleure utilisation de ses outils et de ses résultats. Ces activités sont la planification et la coordination des activités d'évaluation, l'identification des besoins en évaluation et leur priorisation, le développement et le partage de l'expertise en évaluation, la participation et la création de liens avec les partenaires et experts externes, la recherche de financement et la gestion et l'animation du PSSP.

Étant donné l'absence de financement récurrent dévolu à la fonction évaluation, ces aspects ont été peu développés par la DSP au cours des dernières années et seulement en fonction d'opportunités offertes dans le cadre de projets d'évaluation ou d'études spécifiques.

Perspectives:

Il serait souhaitable que l'équipe SRE participe à l'intégration des préoccupations d'évaluation et de recherche dans les projets dès leur processus de planification dans le but de déterminer adéquatement les besoins, de pouvoir mieux planifier et prioriser les activités d'évaluation et de recherche retenues ou identifiées, de déterminer les ressources requises et faire les démarches et activités nécessaires pour les obtenir.

Des ressources minimales devraient donc être consenties au cours des trois prochaines années afin d'assurer l'intégration de la fonction d'évaluation et permettre à l'équipe SRE de jouer pleinement son rôle, de développer son expertise et d'actualiser l'évaluation des activités prioritaires du *Plan d'action régional* et leurs effets.

4.10.2. Soutien méthodologique en évaluation (Cf. EVAL 02)

Situation actuelle:

Le directeur de santé publique peut conduire les études évaluatives qu'il considère nécessaires dans sa région. Dans un contexte financier restreint ou dans les cas où les demandes excèdent les ressources disponibles, le soutien méthodologique en évaluation est un moyen d'aider à l'élaboration et à la réalisation d'études en conseillant sur des aspects méthodologiques précis concernant le devis, la planification, la mise en œuvre de ces études, les outils et méthodes à utiliser et l'analyse des résultats.

Au cours des dernières années, du soutien méthodologique a été offert aux professionnels de la Régie régionale de la santé et des services sociaux et parfois du réseau, par le service d'évaluation de la DSP. Il s'agit d'un service d'expertise conseil *ad hoc* qui se voulait disponible pour répondre aux différentes demandes des professionnels. Ce type de soutien semble répondre minimalement aux besoins des partenaires.

Le service d'évaluation de la DSP a répondu à une trentaine de demandes de soutien méthodologique au cours de l'année financière 2002-2003; pour l'année 2003-2004, la tendance est sensiblement la même.

Perspectives:

La consolidation du soutien méthodologique sera nécessaire pour assurer un soutien adéquat à l'évaluation des activités du *Plan d'action régional* et des *Plans d'action locaux*.

4.10.3. Études évaluatives particulières (Cf. EVAL 03)

Situation actuelle

Au cours des dernières années, des études évaluatives ont été réalisées par le Service d'évaluation de la DSP. Le contexte financier associé à cette fonction fait en sorte que ces études ont été réalisées par le biais d'un financement *ad hoc*, obtenu principalement par le PSSP.

Les études évaluatives en cours portent notamment sur les effets du PPA auprès des enfants de première année du deuxième cycle du primaire et sur l'évaluation du *Programme clé en main* (prévention du suicide) (voir 4.1.2.3.).

Perspectives:

Les études dont les devis sont actuellement en élaboration porteront notamment sur le processus et les principes de la gestion du risque reliée à la présence de contaminants chimiques dans l'eau potable de réseaux municipaux de la région de la Chaudière-Appalaches (voir 4.5.3.) et sur l'évaluation d'un outil de sensibilisation aux risques du jeu chez les aînés.

La consolidation de la fonction évaluation serait souhaitable afin d'assurer la cohérence dans l'ensemble du *Plan d'action régional* en permettant de répondre aux principaux projets d'évaluation identifiés dans chacun des domaines d'intervention. Les études évaluatives particulières devraient faire l'objet d'une planification intégrée plutôt que prendre la forme de projets ad hoc.

4.10.4. Suivi des indicateurs sociosanitaires (Cf. EVAL 04)

Situation actuelle:

Le PNSP considère le suivi des indicateurs sociosanitaires dans un but d'évaluation comme une démarche qui permet de juger de l'atteinte des objectifs poursuivis par le programme, de décrire les écarts constatés et de les expliquer. Ainsi, ce type d'évaluation permet de faire des liens entre les activités de santé publique mises en œuvre et leurs effets sur la santé et le bien-être de la population. Il est à noter, que ce type de démarche est actuellement très peu présent dans les activités de la DSP.

Perspectives:

Ce type d'évaluation est à développer au cours des prochaines années, car il constitue une démarche essentielle pour aller au-delà des processus de suivi de gestion habituels, mieux saisir le déroulement de l'implantation du *Plan d'action régional* et en analyser la capacité d'atteindre les résultats visés.

S'il est décidé d'aller de l'avant avec l'utilisation d'indicateurs sociosanitaires pour mesurer l'atteinte des objectifs du *Plan d'action régional*, le cadre d'évaluation pour cet élément devra être élaboré au cours des prochaines années et les ressources nécessaires pour le réaliser devront être consenties. L'actualisation de ce suivi serait réalisée de façon périodique jusqu'en 2012.

4.10.5. Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique (Cf. EVAL 05)

Situation actuelle

Le PNSP considère le suivi de l'implantation des activités dans un but d'évaluation afin de vérifier dans quelle mesure les activités sont offertes, de décrire les écarts observés par rapport aux résultats attendus et enfin, d'évaluer la satisfaction des personnes qui en ont bénéficié. Dans la démarche actuelle du *Plan d'action régional*, des indicateurs de gestion seront développés afin de nous permettre de suivre l'implantation des activités que l'on retrouve dans les différents domaines du PNSP.

Mieux connu en région sous le nom de « *monitorage des activités* », la DSP a instauré, lors de son exercice d'appropriation de la Politique de la santé et du bien-être de 1992, un processus de suivi des activités, soit le monitorage des voies d'action prioritaires financées par un budget identifié aux fins de la PSBE. Celui-ci permettait d'évaluer l'implantation et la réalisation des voies d'action, tant au niveau local que régional, du *Plan d'action régional de la PSBE*, lequel fut intégré, en 1999 au *Plan de consolidation*.

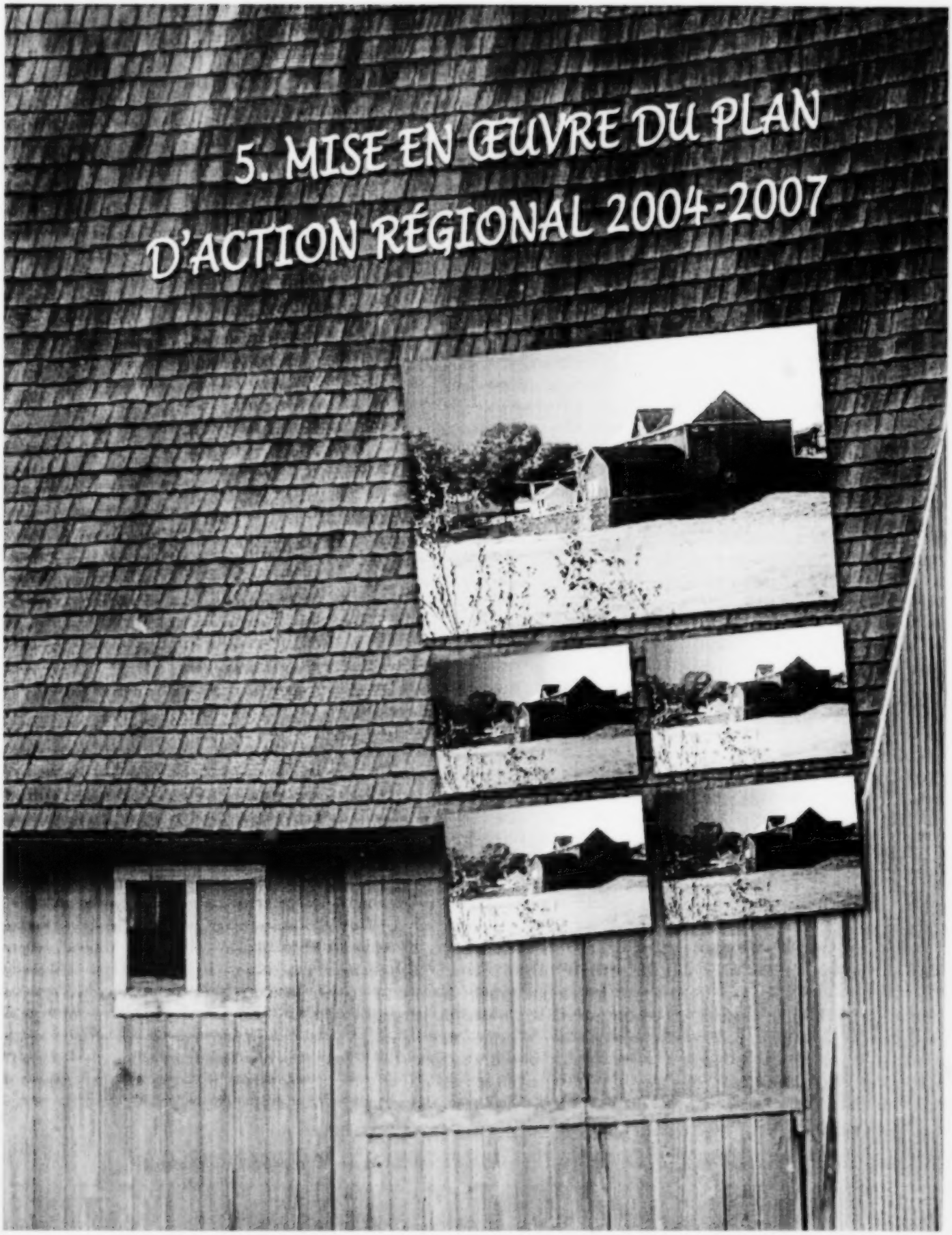
Perspectives

Actuellement, un exercice d'identification d'indices de gestion de certaines activités est entamé au niveau de notre région afin de faciliter et d'accélérer l'utilisation des outils qui seront éventuellement proposés par le niveau national. Dès que la Direction générale de santé publique nous indiquera de façon précise la démarche au niveau du suivi de l'implantation des activités et nous acheminera les outils nécessaires, la DSP implantera le processus régional nécessaire au suivi.

La Direction générale de santé publique au MSSS prendra charge de l'uniformisation des méthodes et outils de collecte de données et l'intégration de ces données en vue de produire le bilan national d'évaluation. Cette démarche s'actualisera avec la complicité des niveaux régional et local, particulièrement en ce qui a trait à la collecte et l'analyse des données.

L'implantation des activités du *Plan d'action régional* et des *Plans d'action locaux* fera donc l'objet d'un monitorage régulier selon un plan à être élaboré. D'ici là, les mécanismes de reddition de comptes spécifiques seront maintenus conformément aux cadres de gestion actuellement en vigueur (voir 5.2.2. et annexe 4).

5. MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2004-2007



5. Mise en œuvre du Plan d'action régional 2004-2007

La réussite de la mise en œuvre du *Plan d'action régional de santé publique* est conditionnelle principalement à la contribution des instances locales de santé publique, que ce soit les CLSC actuels ou les futurs centres de santé et de services sociaux, ainsi qu'à une utilisation judicieuse des ressources humaines et financières actuellement disponibles dans la région. Puisque la majorité des objectifs du Plan d'action régional ne pourront être atteints sans l'ajout d'un important budget de développement et de consolidation, des choix s'imposeront dès l'an 1 de la mise en œuvre des plans d'action régional et locaux.

5.1. Planification triennale locale 2004-2007

La *Loi sur la santé publique* prévoit que pour l'implantation des mesures du PNSP, chaque Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux doit élaborer un plan d'action régional en santé publique et que chaque CLSC doit élaborer un plan d'action local en santé publique.

En Chaudière-Appalaches, les 11 CLSC sont actuellement en processus d'élaboration de leurs plans d'action locaux. Ces plans devront être complétés pour le 31 mars 2004 et couvriront l'an 1 du futur plan triennal soit 2004-2005.

Au cours de l'automne et de l'hiver 2004-2005, la planification des deux dernières années des *Plans d'action locaux de santé publique* sera réalisée par chacune des nouvelles instances locales créées suite à l'application de la Loi 25 sur le développement des réseaux locaux de services. La DSP sera partie prenante de cet exercice et chaque instance locale aura alors l'opportunité d'impliquer plus systématiquement les organismes communautaires, les médecins en cabinet privé et autres partenaires associés aux nouveaux réseaux locaux de services, dans l'élaboration de son plan d'action local de santé publique.

5.2. Ressources financières

5.2.1. Portrait des ressources budgétaires

Dans le cadre de l'élaboration du PNSP et afin de mieux connaître la situation de départ avant de formaliser l'implantation du programme, un exercice de collecte de données financières fut réalisé par le MSSS auprès des directions régionales de santé publique ainsi qu'auprès de tous les CLSC de la province. Cet exercice, bien qu'imparfait, nous permet d'apprécier l'ampleur des ressources investies en santé publique dans notre région tant au niveau régional qu'au niveau local (annexe 2).

Des travaux plus récents en lien avec les travaux de la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources au MSSS ont révisé à la baisse les montants se dégageant de ce premier portrait principalement pour sa composante en CLSC.

La nouvelle définition du contour budgétaire du programme–service de santé publique qui devrait s'appliquer à partir d'avril 2004, permettra de mieux cerner la réalité des ressources financières disponibles actuellement aux niveaux régional et local pour la mise en œuvre du PNSP.

5.2.2. Cadres de gestion des fonds dédiés au Plan d'action régional

Comme il n'existait pas jusqu'à maintenant au Québec un mode de budgétisation spécifique au programme de santé publique, les investissements en promotion et prévention dans la région se sont faits principalement, au cours des dernières années, à partir de différentes sources budgétaires comme le fonds régional de la Politique de la santé et du bien-être ou celui sur les Orientations en promotion et prévention jeunesse.

Les différents cadres de gestion qui ont été produits à cet égard ont été mis à jour au cours de la dernière année afin de permettre leur adaptation à l'arrivée des plans d'action régional et locaux en santé publique.

Ces différents cadres sont brièvement décrits dans l'annexe 4 de ce document; ce sont dans l'ordre décroissant de l'importance des fonds :

- Cadre de gestion du *Programme de santé au travail*
- Cadre de gestion du fonds pour le « Soutien des priorités du *Plan d'action régional de la Politique de la santé et du bien-être* »
- Cadre de gestion pour le déploiement du *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP) dans la région Chaudière-Appalaches
- Cadre de gestion du fonds pour la mise en œuvre des *Orientations régionales en promotion du bien-être et en prévention primaire des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes*
- Cadre de gestion des *Projets en sécurité alimentaire*

- Cadre de gestion du *Programme de subventions en santé publique*

Ils seront utilisés jusqu'à ce qu'ils soient remplacés éventuellement par un mode d'allocation intégré pour l'ensemble des services de santé publique découlant du PNSP.

5.2.3. Budgets de développement et de consolidation

La mise en œuvre régionale et locale du PNSP ne pourra se faire sans une injection significative de budgets additionnels pour 2004-2007. Au printemps dernier, le MSSS avait identifié un besoin d'investissement financier de l'ordre de 240 millions sur trois à cinq ans pour la consolidation des services de promotion et prévention au Québec. Aussi, le présent *Plan d'action régional* a-t-il identifié, sur cette base, quels seraient les besoins financiers pour le déploiement complet du PNSP dans la région de la Chaudière-Appalaches.

L'annexe 3 présente cette projection d'accroissement budgétaire qui conditionne notre capacité (DSP et CLSC) de livrer l'offre de service pour le triennal 2004-2007. Pour l'an 1, le budget récurrent additionnel nécessaire serait d'un peu plus de 4,8M $; pour l'an 2, le montant serait de près de 9,6M $ et à la fin de l'an 3, le budget total récurrent cumulatif serait de plus de 14,2M $. Ces sommes s'ajouteraient ainsi au budget actuellement disponible dans la région.

Les montants indiqués ci-haut le sont à titre indicatif seulement puisque la DGSP du MSSS complètera en 2004-2005 des travaux visant à déterminer les coûts normés des différents services de santé publique, ainsi que l'effet des principales variables comme la contribution des médecins dans le programme d'immunisation de base (enveloppe RAMQ) ou encore la grandeur du territoire à couvrir (temps et frais de déplacement) dans le calcul des coûts normés.

5.3. Démarche de priorisation de l'an 1

Entre février et juin 2004, la DSP procédera à un exercice de priorisation afin d'identifier quels seront les activités à développer ou consolider en 2004-2005, compte tenu des trois éléments suivants :

- Fonds pour le «*Soutien des priorités du Plan d'action régional de la PSBE*» (voir annexe 4) dont les cibles peuvent être changées;
- Le budget de développement que le MSSS nous octroiera en 2004-2005 pour soutenir la mise en œuvre du PNSP;
- La réallocation des ressources actuelles de santé publique à la DSP et dans les CLSC vers des mesures plus prioritaires du PNSP.

Cette démarche de priorisation devra tenir compte des résultats des travaux préliminaires menés par le forum de la population via le jury de citoyens en octobre 2003 ainsi que des résultats de l'élaboration des *Plans d'action locaux* par les CLSC de la région.

6. PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES

6. Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches

La sanction de la Loi sur la santé publique, en décembre 2001, et la mise en œuvre du *Programme national de santé publique*, en 2003, constituent un tournant dans la pratique de la santé publique au Québec. La Loi confirme les fonctions et le partage des responsabilités en santé publique, et donne aux divers responsables des moyens pour exercer leurs fonctions, tout en leur attribuant, par ailleurs, des obligations.

Ainsi les articles 12 et 97 de la Loi précisent l'obligation de mettre en place un plan de mobilisation des ressources dans une région, les conditions de mise en opération de ce plan et les implications qui en découlent pour les divers intervenants.

On définit également dans la Loi la notion de «menace à la santé» par la présence au sein de la population d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. Cette menace peut être réelle ou appréhendée. Dans les deux cas, le directeur de santé publique doit procéder à une enquête épidémiologique et peut mettre en opération le *Plan de mobilisation des ressources* si la situation l'y oblige.

Cette nouvelle disposition de la *Loi sur la santé publique* doit être distinguée de l'obligation de s'organiser et de décréter des mesures d'urgence régionales face à des menaces à la santé au sens de la Sécurité civile. Certaines de ces situations d'urgence s'accompagnant aussi de menaces à la santé de la population au sens de la *Loi sur la santé publique*, le plan de mobilisation des ressources pourra être complémentaire au *Plan régional des mesures d'urgence de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches* adopté en 2002.

L'expérience des années passées a démontré l'excellente collaboration des établissements de santé et particulièrement des CLSC dans la prise en charge efficace de situations de menace à la santé. Le plan de mobilisation vise à établir à l'avance et de façon plus formelle les modalités et mécanismes de mobilisation des ressources.

La démarche régionale d'élaboration du *Plan de mobilisation des ressources* n'est pas encore complétée. L'annexe 5 présente ce projet qui sera éventuellement convenu avec les établissements de la région lorsque les nouvelles instances locales auront été formellement créées (automne 2004).

Liste des annexes

Annexe 1 : Organigramme de la Direction de santé publique

Annexe 2 : Sommaire général du budget régional en santé publique, Direction de santé publique et CLSC

Annexe 3 : Budgets de développement et de consolidation pour la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007

Annexe 4 : Cadres de gestion applicables au Plan d'action régional

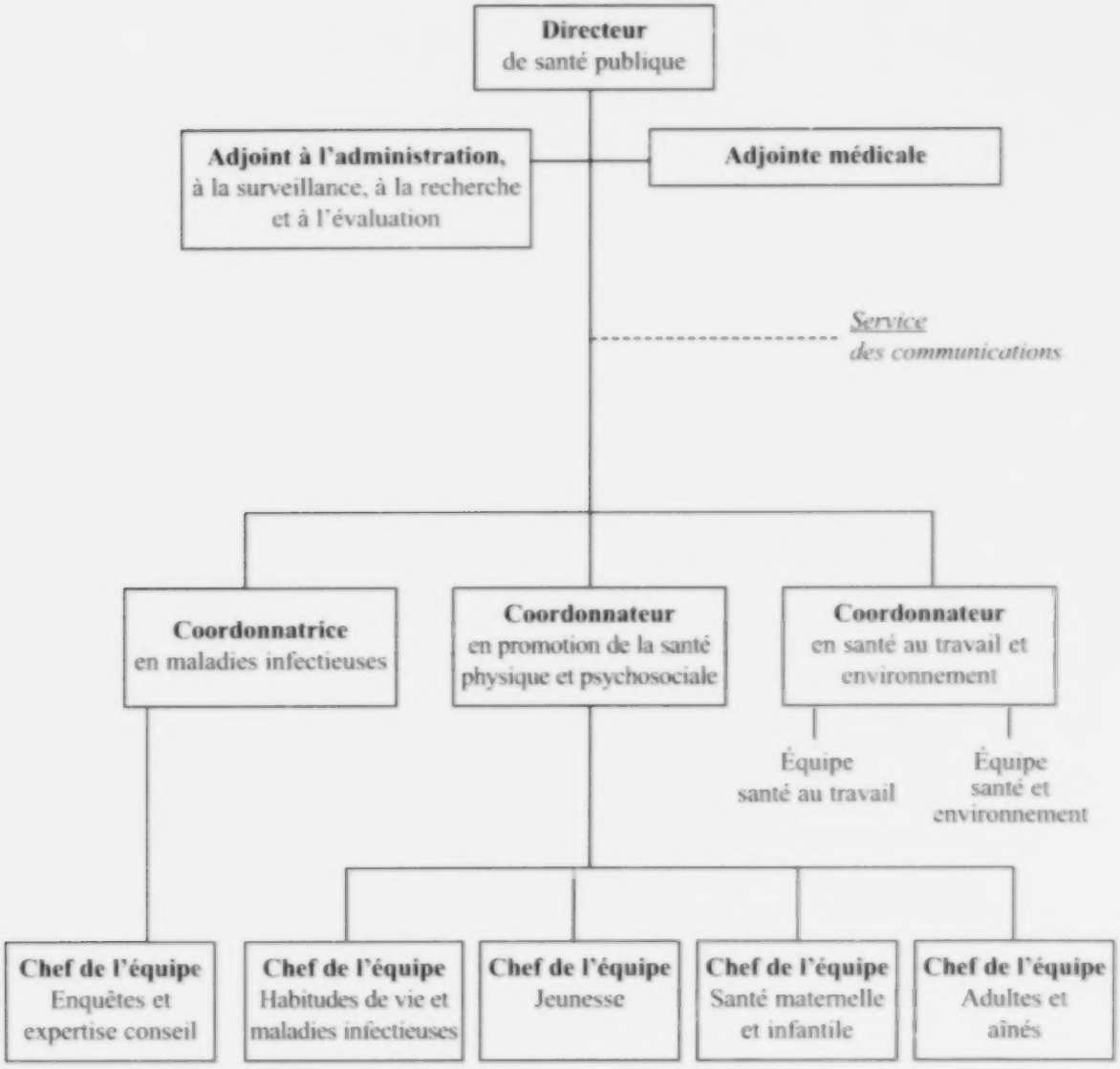
Annexe 5 : Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de la région Chaudière-Appalaches

Annexe 6 : Modèle de fiche descriptive

Annexe 7 : Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional

Annexe 1

Organigramme de la Direction de santé publique



Annexe 2

Sommaire général du budget régional en santé publique, Direction de santé publique et CLSC

DOMAINES D'INTERVENTION	BUDGET		
	CLSC	**Budget DSP**	**TOTAL**
Développement, adaptation et intégration sociale	5 860 994 $	928 307 $	6 789 301 $
Habitudes de vie et maladies chroniques	2 211 602 $	1 028 566 $	3 240 168 $
Traumatismes non intentionnels	176 476 $	250 368 $	426 844 $
Maladies infectieuses	1 298 993 $	494 351 $	1 793 344 $
Santé environnementale	93 043 $	264 342 $	357 385 $
Santé en milieu de travail	1 911 055 $	704 718 $	2 615 773 $
Organisation communautaire et développement des communautés	903 804 $	182 563 $	1 086 367
TOTAL	12 455 967 $	3 853 215 $	16 309 182 $

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Données tirées du portrait des ressources de santé publique, dans les directions de santé publique et dans les CLSC – Année budgétaire 2001-2002*. Québec, 48 pages.

Note : Les activités de surveillance, recherche, évaluation et administration de la Direction de santé publique sont ventilées dans les différents domaines d'intervention.

Annexe 3

Budgets de développement et de consolidation pour la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007

Offre de service régionale 2004-2007		Budgets récurrents pour l'an 1	Budgets récurrents pour l'an 1 et 2	Budgets récurrents pour l'an 1, 2 et 3
4.1.	**Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale**			
4.1.1.	Santé parentale et infantile			
4.1.1.1.	Services intégrés pour les familles vulnérables	2 200 000 $	3 900 000 $	5 500 000 $
4.1.1.2.	Allaitement maternel	30 000 $	60 000 $	100 000 $
4.1.1.4.	Pratiques cliniques préventives	30 000 $	50 000 $	80 000 $
4.1.2.	Jeunesse			
4.1.2.1.	Intervention globale et concertée (IGC)	20 000 $	130 000 $	130 000 $
4.1.2.2.	Programme Fluppy	45 000 $	145 000 $	295 000 $
4.1.2.3.	Programme de prévention des abus	170 000 $	200 000 $	230 000 $
4.1.2.4.	Enfants témoins de violence conjugale	10 000 $	20 000 $	35 000 $
4.1.2.5.	Consultation en matière de sexualité et contraception	50 000 $	150 000 $	350 000 $
4.1.2.7.	Campagnes de communication sociétales	12 000 $	12 000 $	12 000 $
4.1.3.	Adultes			
4.1.3.1.	Consommation d'alcool	20 000 $	70 000 $	100 000 $
4.1.3.2.	Toxicomanies et substances psychotropes	30 000 $	100 000 $	180 000 $
4.1.3.3.	Santé mentale et suicide	350 000 $	420 000 $	490 000 $
4.1.3.4.	Agression sexuelle et violence conjugale	40 000 $	50 000 $	70 000 $
4.1.4.	Aînés			
4.1.4.1.	Consommation inappropriée de médicaments psychotropes	30 000 $	55 000 $	70 000 $
4.1.4.2.	Abus, négligence, agression sexuelle et violence	35 000 $	65 000 $	85 000 $
4.1.4.3.	Incitation et renforcement à la participation des aînés	25 000 $	40 000 $	70 000 $
TOTAL :		**3 097 000 $**	**5 467 000 $**	**7 797 000 $**
4.2.	**Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques**			
4.2.1.	Saines habitudes de vie			
4.2.1.1.	Interventions intégrées sur les habitudes de vie	160 000 $	700 000 $	1 400 000 $
4.2.1.3.	Interventions spécifiques pour une saine alimentation	30 000 $	90 000 $	90 000 $
4.2.1.5.	Interventions spécifiques en santé dentaire	0 $	600 000 $	1 300 000 $
4.2.2.	Maladies chroniques			
4.2.2.1.	Dépistage (détection précoce) : cancers et HTA	130 000 $	170 000 $	200 000 $
4.2.2.2.	Lutte contre le cancer	20 000 $	50 000 $	60 000 $
TOTAL :		**340 000 $**	**1 610 000 $**	**3 050 000 $**

Offre de service régionale 2004-2007		Budgets récurrents pour l'an 1	Budgets récurrents pour l'an 1 et 2	Budgets récurrents pour l'an 1, 2 et 3
4.3.	**Le domaine des traumatismes non intentionnels**			
4.3.1.	Traumatismes routiers (et hors routes)	130 000 $	330 000 $	330 000 $
4.3.2.	Traumatismes à domicile	8 000 $	10 000 $	12 000 $
4.3.3.	Chutes chez les aînés	75 000 $	275 000 $	575 000 $
TOTAL :		**213 000 $**	**615 000 $**	**917 000 $**
4.4.	**Le domaine des maladies infectieuses**			
4.4.1.	Enquêtes et interventions	116 000 $	264 000 $	270 000 $
4.4.2.1.	Programme d'immunisation des jeunes	105 000 $	105 000 $	250 000 $
4.4.2.2.	Immunisation des clientèles vulnérables	123 000 $	125 000 $	130 000 $
4.4.2.3.	Gestion des produits immunisants	10 000 $	20 000 $	20 000 $
4.4.24.	Promotion de la vaccination		5 000 $	5 000 $
4.4.3.	Santé et voyage	5 000 $	5 500 $	6 000 $
4.4.4.1.	Programmes de prévention et de promotion	50 000 $	125 000 $	135 000 $
4.4.4.2.	Services intégrés de dépistage et d'intervention préventive pour les ITSS	150 000 $	180 000 $	190 000 $
4.4.4.3.	Programme d'accessibilité gratuite au matériel d'injection sécuritaire	6 000 $	6 500 $	7 000 $
TOTAL :		**565 000 $**	**836 000 $**	**1 013 000 $**
4.5.	**Le domaine de la santé environnementale**			
4.5.1.	Air extérieur	36 000 $	50 000 $	100 000 $
4.5.2.	Air intérieur	5 000 $	5 000 $	5 000 $
4.5.3.	Eau potable	65 000 $	65 000 $	85 000 $
4.5.5.	Mesures d'urgence	42 000 $	42 000 $	42 000 $
TOTAL :		**148 000 $**	**162 000 $**	**232 000 $**
4.6.	**Le domaine de la santé au travail**			
TOTAL :		**0 $**	**0 $**	**0 $**
4.7.	**Les stratégies de développement des communautés**			
4.7.1.	Chaudières-Appalaches en santé (CAS)	140 000 $	250 000 $	400 000 $
4.7.2.	Sécurité alimentaire et cuisines collectives	160 000 $	250 000 $	400 000 $
4.7.3.	Insertion socioprofessionnelle	20 000 $	20 000 $	20 000 $
TOTAL :		**320 000 $**	**520 000 $**	**820 000 $**
4.8.	**La fonction surveillance (incluant le plan de surveillance)**			
4.8.4.	Diffusion des rapports national et régionaux sur l'état de santé de la population	5 000 $	9 000 $	10 000 $
TOTAL :		**5 000 $**	**9 000 $**	**10 000 $**
4.9.	**La recherche et l'innovation**			
4.9.1	Les activités de recherche et d'innovation	40 000 $	80 000 $	80 000 $
TOTAL :		**40 000 $**	**80 000 $**	**80 000 $**
4.10.	**L'évaluation**			
4.10.1.	Intégration de la fonction évaluation	40 000 $	80 000 $	80 000 $
4.10.2.	Soutien méthodologique en évaluation	40 000 $	80 000 $	80 000 $
4.10.4.	Suivi des indicateurs sociosanitaires	40 000 $	80 000 $	80 000 $
4.10.5.	Suivi de l'implantation des activités du PNSP		64 000 $	64 000 $
TOTAL :		**120 000 $**	**304 000 $**	**304 000 $**
GRAND TOTAL :		**4 848 000 $**	**9 603 000 $**	**14 223 000 $**

Annexe 3

Budgets de développement et de consolidation pour la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007

Offre de service régionale 2004-2007		Budgets récurrents pour l'an 1	Budgets récurrents pour l'an 1 et 2	Budgets récurrents pour l'an 1, 2 et 3
4.1.	**Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale**			
4.1.1.	Santé parentale et infantile			
4.1.1.1.	Services intégrés pour les familles vulnérables	2 200 000 $	3 900 000 $	5 500 000 $
4.1.1.2.	Allaitement maternel	30 000 $	60 000 $	100 000 $
4.1.1.4.	Pratiques cliniques préventives	30 000 $	50 000 $	80 000 $
4.1.2.	Jeunesse			
4.1.2.1.	Intervention globale et concertée (IGC)	20 000 $	130 000 $	130 000 $
4.1.2.2.	Programme Fluppy	45 000 $	145 000 $	295 000 $
4.1.2.3.	Programme de prévention des abus	170 000 $	200 000 $	230 000 $
4.1.2.4.	Enfants témoins de violence conjugale	10 000 $	20 000 $	35 000 $
4.1.2.5.	Consultation en matière de sexualité et contraception	50 000 $	150 000 $	350 000 $
4.1.2.7.	Campagnes de communication sociétales	12 000 $	12 000 $	12 000 $
4.1.3.	Adultes			
4.1.3.1.	Consommation d'alcool	20 000 $	70 000 $	100 000 $
4.1.3.2.	Toxicomanies et substances psychotropes	30 000 $	100 000 $	180 000 $
4.1.3.3.	Santé mentale et suicide	350 000 $	420 000 $	490 000 $
4.1.3.4.	Agression sexuelle et violence conjugale	40 000 $	50 000 $	70 000 $
4.1.4.	Aînés			
4.1.4.1.	Consommation inappropriée de médicaments psychotropes	30 000 $	55 000 $	70 000 $
4.1.4.2.	Abus, négligence, agression sexuelle et violence	35 000 $	65 000 $	85 000 $
4.1.4.3.	Incitation et renforcement à la participation des aînés	25 000 $	40 000 $	70 000 $
TOTAL :		**3 097 000 $**	**5 467 000 $**	**7 797 000 $**
4.2.	**Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques**			
4.2.1.	Saines habitudes de vie			
4.2.1.1.	Interventions intégrées sur les habitudes de vie	160 000 $	700 000 $	1 400 000 $
4.2.1.3.	Interventions spécifiques pour une saine alimentation	30 000 $	90 000 $	90 000 $
4.2.1.5.	Interventions spécifiques en santé dentaire	0 $	600 000 $	1 300 000 $
4.2.2.	Maladies chroniques			
4.2.2.1.	Dépistage (détection précoce) : cancers et HTA	130 000 $	170 000 $	200 000 $
4.2.2.2.	Lutte contre le cancer	20 000 $	50 000 $	60 000 $
TOTAL :		**340 000 $**	**1 610 000 $**	**3 050 000 $**

Offre de service régionale 2004-2007		Budgets récurrents pour l'an 1	Budgets récurrents pour l'an 1 et 2	Budgets récurrents pour l'an 1, 2 et 3
4.3.	**Le domaine des traumatismes non intentionnels**			
4.3.1.	Traumatismes routiers (et hors routes)	130 000 $	330 000 $	330 000 $
4.3.2.	Traumatismes à domicile	8 000 $	10 000 $	12 000 $
4.3.3.	Chutes chez les aînés	75 000 $	275 000 $	575 000 $
TOTAL :		**213 000 $**	**615 000 $**	**917 000 $**
4.4.	**Le domaine des maladies infectieuses**			
4.4.1.	Enquêtes et interventions	116 000 $	264 000 $	270 000 $
4.4.2.1.	Programme d'immunisation des jeunes	105 000 $	105 000 $	250 000 $
4.4.2.2.	Immunisation des clientèles vulnérables	123 000 $	125 000 $	130 000 $
4.4.2.3.	Gestion des produits immunisants	10 000 $	20 000 $	20 000 $
4.4.24.	Promotion de la vaccination		5 000 $	5 000 $
4.4.3.	Santé et voyage	5 000 $	5 500 $	6 000 $
4.4.4.1.	Programmes de prévention et de promotion	50 000 $	125 000 $	135 000 $
4.4.4.2.	Services intégrés de dépistage et d'intervention préventive pour les ITSS	150 000 $	180 000 $	190 000 $
4.4.4.3.	Programme d'accessibilité gratuite au matériel d'injection sécuritaire	6 000 $	6 500 $	7 000 $
TOTAL :		**565 000 $**	**836 000 $**	**1 013 000 $**
4.5.	**Le domaine de la santé environnementale**			
4.5.1.	Air extérieur	36 000 $	50 000 $	100 000 $
4.5.2.	Air intérieur	5 000 $	5 000 $	5 000 $
4.5.3.	Eau potable	65 000 $	65 000 $	85 000 $
4.5.5.	Mesures d'urgence	42 000 $	42 000 $	42 000 $
TOTAL :		**148 000 $**	**162 000 $**	**232 000 $**
4.6.	**Le domaine de la santé au travail**			
TOTAL :		**0 $**	**0 $**	**0 $**
4.7.	**Les stratégies de développement des communautés**			
4.7.1.	Chaudières-Appalaches en santé (CAS)	140 000 $	250 000 $	400 000 $
4.7.2.	Sécurité alimentaire et cuisines collectives	160 000 $	250 000 $	400 000 $
4.7.3.	Insertion socioprofessionnelle	20 000 $	20 000 $	20 000 $
TOTAL :		**320 000 $**	**520 000 $**	**820 000 $**
4.8.	**La fonction surveillance (incluant le plan de surveillance)**			
4.8.4.	Diffusion des rapports national et régionaux sur l'état de santé de la population	5 000 $	9 000 $	10 000 $
TOTAL :		**5 000 $**	**9 000 $**	**10 000 $**
4.9.	**La recherche et l'innovation**			
4.9.1	Les activités de recherche et d'innovation	40 000 $	80 000 $	80 000 $
TOTAL :		**40 000 $**	**80 000 $**	**80 000 $**
4.10.	**L'évaluation**			
4.10.1.	Intégration de la fonction évaluation	40 000 $	80 000 $	80 000 $
4.10.2.	Soutien méthodologique en évaluation	40 000 $	80 000 $	80 000 $
4.10.4.	Suivi des indicateurs sociosanitaires	40 000 $	80 000 $	80 000 $
4.10.5.	Suivi de l'implantation des activités du PNSP		64 000 $	64 000 $
TOTAL :		**120 000 $**	**304 000 $**	**304 000 $**
GRAND TOTAL :		**4 848 000 $**	**9 603 000 $**	**14 223 000 $**

Annexe 4
Cadres de gestion applicables au Plan d'action régional

- **Cadre de gestion du Programme de santé au travail:**

Adopté le 17 septembre 2003

Budget année civile 2003:	4M récurrent
Pour les CLSC:	2,68M
Pour la DSP:	0,64M
Pour les médecins (enveloppe RAMQ):	0,64M

Ce budget est alloué par la CSST pour financer les activités régionales et locales du programme de santé au travail, conformément au contrat-type intervenu entre la CSST et la Régie régionale.

- **Cadre de gestion du fonds pour le «Soutien des priorités du Plan d'action régional de la Politique de la santé et du bien-être»:**

Adopté le 26 mars 2003

Budget 2003-2004:	1,7M récurrent
Pour les CLSC:	0,82M
Pour les organismes communautaires:	0,51M
En support aux actions régionales et locales:	0,19M
Pour la DSP:	0,17M

Ce budget était alloué à l'origine pour supporter la réalisation des mesures du *Plan d'action régional* de la PSBE. Ce fonds est maintenant réorienté vers le soutien à la mise en œuvre des actions prioritaires du *Plan d'action régional* et des *Plans d'action locaux* de santé publique.

- **Cadre de gestion du Programme de soutien aux jeunes parents dans la région de la Chaudière-Appalaches:**

Adopté le 6 novembre 2002

Budget 2003-2004:	0,7M récurrent
Pour les CLSC:	0,5M
Pour la DSP:	0,07M
Pour les organismes communautaires et l'intersectoriel:	0,06M
Non alloué:	0,06M

Ce budget est alloué pour des interventions intensives et individuelles auprès des femmes enceintes de moins de 20 ans et leur famille. Ces interventions sont réalisées par les intervenants de CLSC et comportent un volet communautaire et intersectoriel.

- **Cadre de gestion du fonds pour la mise en œuvre des «Orientations régionales en promotion du bien-être et en prévention primaire des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes»:**

Adopté le 26 mars 2003

- Budget 2003-2004 : 0,43M récurrent

Les CLSC sont fiduciaires de ces montants pour le financement de projets déterminés et convenus avec l'ensemble des partenaires locaux oeuvrant auprès de la clientèle des jeunes du territoire.

- **Cadre de gestion des Projets de sécurité alimentaire:**

Adopté le 26 juin 2002

- Budget 2002-2003 et 2003-2004 : 0,38M non récurrent

Ce budget a été alloué à des organismes communautaires par appel de projets.

- **Cadre de gestion du Programme de subventions en santé publique:**

Adopté en mars 2003

- Budget 2001-2002 et 2002-2003 : 0,21M non récurrent

Ce fonds est alloué chaque année par le MSSS pour des activités de recherche en santé publique. À tous les 2 ans, un appel de projet est lancé, le prochain aura lieu à l'automne 2004. Les projets de recherche ou d'évaluation devront être en lien avec le Plan d'action régional et les Plans d'action locaux.

Annexe 5
Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches

DOCUMENT DE TRAVAIL

Version de mars 2004 qui n'a pas encore fait l'objet de consultation auprès des établissements du réseau régional de la santé et des services sociaux

1. INTRODUCTION

La Loi sur la santé publique sanctionnée le 20 décembre 2001 impose au ministre l'obligation d'élaborer un programme national de santé publique pour encadrer les activités de santé publique aux niveaux national, régional et local.

Les régies régionales doivent quant à elles élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour un programme régional de santé publique conforme aux prescriptions du programme national.

Ce programme régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire lorsque la santé de la population est menacée et que les capacités d'intervention de la Direction de santé publique (DSP) sont dépassées.

La Loi sur la santé publique vient formaliser une tradition de bonne collaboration entre la Direction de santé publique et les établissements du réseau de la santé pour la réponse aux urgences de santé publique.

Cette nouvelle disposition de la Loi sur la santé publique doit être distinguée de l'obligation de s'organiser et de décréter des mesures d'urgence régionales face à des menaces à la santé au sens de la Sécurité civile. Certaines de ces situations d'urgence s'accompagnant aussi de menaces à la santé de la population au sens de la Loi sur la santé publique, le plan de mobilisation des ressources pourra être complémentaire au Plan régional des mesures d'urgence de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches adopté en 2002.

L'expérience des années passées a démontré l'excellente collaboration des établissements de santé et particulièrement des CLSC dans la prise en charge efficace de situations de menace à la santé. Le présent Plan de mobilisation vise à établir à l'avance et de façon plus formelle les modalités et mécanismes de mobilisation des ressources.

2. LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET QUELQUES NOTIONS RELATIVES AU PLAN DE MOBILISATION

La sanction de la Loi sur la santé publique, en décembre 2001, et la mise en œuvre du Programme national de santé publique, en 2003, constituent un tournant dans la pratique de la santé publique au Québec. La Loi confirme les fonctions et le partage des responsabilités en santé publique, et donne aux divers responsables des moyens pour exercer leurs fonctions, tout en leur attribuant, par ailleurs, des obligations.

La Loi définit également les autorités de santé publique : le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique et les directeurs de santé publique.

Les articles 12 et 97 de la Loi précisent l'obligation de mettre en place un plan de mobilisation des ressources dans une région, les conditions de mise en opération de ce plan et les implications qui en découlent pour les divers intervenants. (Voir annexe 1)

On définit également dans la Loi (voir annexe 1) la notion de « menace à la santé » par la présence au sein de la population d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. Cette menace peut être réelle ou appréhendée. Dans les deux cas, le directeur de santé publique doit procéder à une enquête épidémiologique et peut mettre en opération le présent « Plan de mobilisation » des ressources si la situation l'y oblige.

Les autres situations potentiellement dangereuses, comme, par exemple, les accidents de la route ou les épidémies de phénomènes sociaux comme le suicide sont exclues du présent plan de mobilisation. Ces autres menaces feront appel à la mise en œuvre d'un autre type de plan impliquant aussi des mesures coercitives, la demande d'aide formelle. Ce recours est prévu par le législateur au chapitre portant sur la promotion de la santé et la prévention. (Annexe 2)

3. ÉTAPES DE MISE EN OPÉRATION DU PLAN DE MOBILISATION

Schématiquement, le mécanisme de mise en opération du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux se présente comme suit :

Étape 1 Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse de la DSP.

Étape 2 Déclenchement du plan de mobilisation, et

- Soit réquisition du personnel nécessaire, auprès du ou des établissements concernés;
- Soit implication du personnel et des professionnels de l'établissement dans des activités d'enquêtes et de protection coordonnées et supervisées par le directeur de santé publique .

Étape 3 Réalisation de l'intervention de santé publique.

Étape 4 Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique.

Étape 1 Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse de la DSP

La Direction de santé publique réalise de façon continue des activités de surveillance et de vigie sanitaire afin de détecter toute situation pouvant menacer la santé de la population. Ces activités sont efficaces dans la mesure de la collaboration des organismes, des partenaires et des professionnels de la santé aux déclarations et aux signalements de telle situation.

La DSP analyse l'ampleur et le caractère urgent des situations signalées et détermine si des actions de protection et de contrôle doivent être prises afin de protéger la santé de la population. Elle évalue également avec ses partenaires si l'application des mesures peuvent être réalisées et prises en charge à l'intérieur des services de base ou si des ressources additionnelles doivent être consenties.

Certaines situations non connues jusqu'à maintenant (ex.: résurgence de la variole ou pandémie d'influenza) pourraient requérir la mobilisation d'une quantité de ressources d'une ampleur débordant largement ce qu'on a généralement connu.

En fonction de l'évaluation effectuée, le directeur de santé publique ou son représentant pourrait conclure que les capacités d'intervention de la DSP sont dépassées et déclencher alors le plan de mobilisation des ressources selon un degré d'intensité requis par la situation.

Étape 2 Déclenchement du plan de mobilisation et réquisition du personnel nécessaire

Conditions de déclenchement du plan

La première étape sera de mettre à contribution tous les employés œuvrant au sein de la DSP, et même dans les autres directions de la Régie régionale, en tenant compte de leurs compétences respectives. Toutes les tâches n'exigeant pas d'expertise médicale peuvent en effet, être partagées avec le personnel clérical et professionnel, après une formation intensive adéquate. Par contre, les tâches exigeant une expertise médicale doivent être déléguées aux infirmières et aux médecins, et parfois uniquement aux médecins (prescriptions médicales, tests diagnostiques…).

L'application du plan de mobilisation des ressources touchera d'abord les établissements de santé et de services sociaux du territoire concerné par la menace à la santé de la population. La mobilisation de personnel visera plus spécifiquement les établissements locaux au sein desquels prennent place la plupart des activités de première ligne en santé publique. Le personnel d'une autre catégorie d'établissement, tel un centre hospitalier, pourrait aussi être réquisitionné. Dans tous les cas, on prendrait alors soin de s'assurer que l'établissement est en mesure de continuer à réaliser les activités découlant de sa propre mission.

Dans l'éventualité d'une menace touchant plus d'une MRC, les autres établissements de la région pourraient aussi être mis à contribution. La séquence de mobilisation pourra suivre l'ordre de proximité géographique par rapport au site de la menace, et pourra aussi viser les établissements pouvant libérer leurs professionnels avec le moindre impact sur les services à la clientèle.

Procédure de déclenchement du plan

En terme de cheminement de la demande auprès des établissements concernés, il est convenu que la demande de mobilisation doit être acheminée au directeur de l'établissement ou son remplaçant pendant les heures ouvrables et au cadre assurant la garde en dehors des heures ouvrables.

La DSP établit et met à jour annuellement les modalités pour rejoindre les cadres en dehors des heures ouvrables dans les établissements de la santé de la région. De leur côté, les établissements seront responsables d'aviser la DSP dans l'éventualité de modifications apportées aux numéros de téléphone à composer en cas de besoin.

Étape 3 Réalisation de l'intervention de santé publique

Coordination et liens d'autorité

La coordination de l'ensemble des activités est assumée par la Direction de santé publique.

Dès le début de la mobilisation on doit prévoir un comité de coordination impliquant principalement les directeurs des établissements mobilisés ou leur représentant et la Direction de santé publique.

Certaines actions ou activités seront prises en charge au niveau des opérations par les établissements qui coordonneront les effectifs concernés (exemple: cliniques de vaccination, services Info-Santé).

D'autres activités seront sous la supervision professionnelle de la DSP, et les personnes mobilisées seront en lien d'autorité fonctionnelle avec le directeur de santé publique ou la personne qu'il désignera à cette fin (exemple : enquêtes épidémiologiques, suivis de mesures d'isolement).

Selon la nature des tâches à effectuer, la contribution du personnel de l'établissement pourra être localisée à l'établissement même ou dans la communauté.

Dans d'autres cas, les personnes mobilisées pourraient devoir travailler dans un même endroit en un regroupement régional ou territorial, ou même aux bureaux de la DSP.

Dans tous les cas, une très grande importance devra être portée à la clarification des règles de fonctionnement auprès du personnel impliqué, de manière à éviter toute confusion à cet égard.

Si les opérations se déroulent sur plus d'un site, des chefs d'équipe reliés au comité régional de coordination pourront être désignés afin que la progression de l'intervention fasse l'objet d'un monitorage constant, et que les ajustements requis soient amenés sans délai. Quel que soit le scénario retenu, la supervision étroite des opérations devra être assurée afin que l'ensemble de l'intervention soit coordonnée.

Information et formation

La DSP fournira l'information à transmettre aux employés mobilisés quant à la nature des tâches à accomplir et organisera dans les plus brefs délais les activités de formation nécessaires afin que les membres du personnel dont les services sont réquisitionnés soient habilités à remplir les tâches qui leur seront confiées.

Les modalités de cette formation tiendront nécessairement compte de la complexité de l'information à transmettre et du nombre d'établissements impliqués. Dans les cas les plus simples, une conférence téléphonique pourra suffire. Un cas complexe pourrait nécessiter une formation plus formelle.

Étape 4 Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique

Le monitorage serré de l'intervention permettra de déterminer à quel moment la mobilisation du personnel des établissements pourra prendre fin, afin que chaque employé dont les services auront été réquisitionnés puisse retourner aussi tôt que possible sous l'autorité de son établissement dans ses activités habituelles.

Une évaluation globale de l'intervention devra être effectuée dans les semaines suivant la désactivation du plan de mobilisation, de manière à souligner les forces et les faiblesses du plan. La forme que prendra cette évaluation tiendra compte de l'ampleur de l'intervention réalisée et du nombre d'établissements impliqués.

Annexe 1: Éléments de la Loi sur la santé publique en lien avec le Plan de mobilisation et la menace à la santé

Plan de mobilisation

12. Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée.

2001, c. 60, a. 12.

97. Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur.

2001, c. 60, a. 97.

Menace à la santé

2. Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

Dans la présente loi, on entend par menace à la santé de la population, la présence au sein de celle-ci, d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

2001, c. 60, a. 2; 2002, c. 38, a. 13.

96. Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être ....

2001, c. 60, a. 96.

Annexe 2 : Éléments de la Loi sur la santé publique en lien avec la notion de demande d'aide formelle

55. Lorsqu'un directeur de santé publique constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances.

Les autorités ainsi invitées sont tenues de participer à cette recherche de solution.

Lorsque l'une de ces autorités est un ministère ou un organisme du gouvernement, le directeur de santé publique ne peut lui demander formellement de participer à la recherche d'une solution, sans en avoir préalablement avisé le directeur national de santé publique.

2001, c. 60, a. 55.

56. Le ministre peut en tout temps décider d'exercer lui-même le pouvoir prévu à l'article 55, en collaboration avec le ou les directeurs de santé publique concernés.

2001, c. 60, a. 56.

Annexe 6

Modèle de fiche descriptive du Plan d'action régional

Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 - Région Chaudière-Appalaches

Fiche descriptive-fiche vierge

Domaine d'intervention :

Activité : Code : Nom :
Objectifs 2004-2007 :

État de situation régional :
Contexte actuel et perspectives d'ici 2007 :

Services de santé publique :
Services offerts actuellement :

Résumé des services prévus en 2004-2005 :

Services avec perspectives de développement et consolidation au cours des années 2004-2007 :

Évaluation :
Suivi de l'implantation des activités : Voir la section «Offre de service-indices de gestion»
Suivi des indicateurs sociosanitaires (surveillance incluant la vigie) :

Étude évaluative ou recherche particulière :

Fiche complétée par : Date

Annexe 7
Tableau de synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Nom du volet du PNSP dans lequel se retrouve l'activité
DAIS	Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale
HVMC	Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques
TNI	Le domaine des traumatismes non intentionnels
MI	Le domaine des maladies infectieuses
SE	Le domaine de la santé environnementale
SAT	Le domaine de de la santé en milieu de travail
DEVC	Les stratégies de développement des communautés
SURV	La surveillance
RECH	La recherche
EVAL	L'évaluation

Explication des codes : [illegible] **Niveau de priorité :** **A** : [illegible] 2007 [illegible] **B** : [illegible] 2012 [illegible] **C** : [illegible] **D** : [illegible]

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsabilité			Population					Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement			Responsables et collaborateurs						
			N	R	L	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes et aînés	Toute population	2004-2005	2005-2006	2006-2007	DSP	CLSC	CH	Cliniques méd.	GMF	Grp Com	Autres
DAIS 01	A	[illegible]	x	x	x			x						x	x	x				
DAIS 02	A	[illegible]	x	x		x		x	x					x						

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Faisabilité A	Faisabilité R	Faisabilité L	Population 0-4 ans	Population 5-11 ans	Population 12-17 ans	Population Adultes et aînés	Population Toute population	Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement 2004-2005	2005-2006	2006-2007	Responsables et collaborateurs DSP	CLSC	CH	Cliniques méd.	CHR	Org. com.	Autres
DAIS [illegible]	A	[illegible]	x	x	x	•								•	•	•			•	•
DAIS [illegible]	A	[illegible]	x	x	x	•								•	•				•	
DAIS [illegible]	A	[illegible]	x	x	x	•								•	•					
DAIS [illegible]	A	[illegible]	x	x	x		•							•	•					
DAIS [illegible]	A	[illegible]	x	x	x	•	•	•						•	•				•	•
DAIS [illegible]	A	[illegible]	x	x			•	•						•	•				•	•
DAIS [illegible]	A	[illegible]	x	x					•					•	•				•	
DAIS [illegible]	A	[illegible]	x	x	x					•				•	•				•	
DAIS [illegible]	B	[illegible]	x	x					•					•						
DAIS [illegible]	B	[illegible]	x	x				•						•						
DAIS [illegible]	B	[illegible]	x	x	x			•	•					•	•		•	•		•
DAIS [illegible]	A	[illegible]	x					•	•					•						•

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	[illegible] N	R	L	Population 0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes et aînés	Toute population	Données budgétaires pour la consolidation et le développement 2004-2005	2005-2006	2006-2007	Responsables et collaborateurs CSP	CLSC	LR	Cliniques méd.	CHP	Org. Com.	Autres
CAIS 15	A	[illegible]	•	•	•			•	•											•
CAIS 16	B	[illegible]	•	•	•				•					•	•	•	•	•	•	
CAIS 17	A	[illegible]	•	•	•			•	•											
CAIS 18	E	[illegible]	•	•					•					•						
CAIS 19	C	[illegible]		•	•			•	•					•	•				•	•
CAIS 20	C	[illegible]		•	•		•	•						•	•				•	
CAIS 21	C	[illegible]		•	•				•					•	•				•	
CAIS 22	C	[illegible]		•	•		•	•						•	•				•	
CAIS 23	C	[illegible]		•	•	•								•	•	•				
CAIS 24	C	[illegible]		•	•	•								•		•				•
CAIS 25	C	[illegible]		•	•	•								•	•	•				
CAIS 26	C	[illegible]		•	•	•								•	•	•				
CAIS 27	C	[illegible]		•	•			•	•					•	•	•	•	•		
Total CAIS											[illegible] $	[illegible] $	[illegible] $							

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsabilité			Population					Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement			Responsables et collaborateurs						
			N	R	L	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes et aînés	Toute population	2004-2005	2005-2006	2006-2007	DSP	CLSC	CH	Cliniques méd	GMF	Org. com	Autres
HSMC 01	A	[illegible]	X	X						•				•	•	•	•	•		
HSMC 02	A	[illegible]	X	X						•				•	X	•	•	X	X	
HSMC 03	A	[illegible]	X	X	X					•				•	•					
HSMC 04	A	[illegible]	X							•										
HSMC 05	A	[illegible]	X							•										•
HSMC 06	A	[illegible]	X	X						•				•						
HSMC 07	A	[illegible]																		
HSMC 08	A	[illegible]	X	X						•				•						
HSMC 09	A	[illegible]	X	X	X		•	•						•	•					•
HSMC 10	A	[illegible]	X	X	X					•				•	•	•	•	•		•
HSMC 11	A	[illegible]	X	X	X			•	•					•	X					

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsabilités A	Responsabilités R	Responsabilités L	Population 0-4 ans	Population 5-11 ans	Population 12-17 ans	Population Adultes et aînés	Population Toute population	Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement 2004-2005	Besoins budgétaires 2005-2006 [illegible]	Besoins budgétaires 2006-2007 [illegible]	Responsables et collaborateurs DSP	CLSC	CH	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Autres
HWNC 12	A	[illegible]	x	x					•					•						
HWNC 13	A	[illegible]	x	x	x		•								•					
HWNC 14	A	[illegible]	x	x	x		•	•						•	•					•
HWNC 15	A	[illegible]		x	x				•					•	•	•	•	•	•	•
HWNC 16	C	Interventions préventives intégrées dans le cadre du programme de lutte contre le cancer [illegible]		x	x					•				•	•	•	•	•		•
Total HWNC											340 000 $	1 610 000 $	3 054 000 $							

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Réponse [illegible] N	R	L	Population 0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes et aînés	Toute population	Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement 2004-2005	2005-2006	2006-2007	Responsables et collaborateurs DSP	CLSC	CH	[illegible]	[illegible]	Org. Com.	Autres
TVI01	B	[illegible]	x	x						x				x						x
TVI02	A	[illegible]	x	x						x				x						x
TVI03	A	Promotion auprès des usagers de la route de l'utilisation d'équipements de sécurité – dispositif de retenue pour enfant dans les voitures, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout terrain, ceinture de sécurité – selon les mesures législatives en vigueur	x	x	x					x				x	x	x	x	x		x
TVI04	B	[illegible]	x	x				x	x	x				x	x					x
TVI05	B	[illegible]	x	x	x			x	x					x	x					
TVI06	B	[illegible]	x	x				x	x					x						
TVI07	A	[illegible]		x	x	x	x		x					x	x					
TVI08	B	[illegible]	x			x	x			x										
TVI09	B	[illegible]	x			x				x										
TVI10	B	[illegible]	x	x					x					x						x
TVI11	A	[illegible]	x	x	x				x					x	x	x	x	x		x

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsables M	Responsables R	Responsables L	Population 0-4 ans	Population 5-11 ans	Population 12-17 ans	Population Adultes et aînés	Population Toute population	Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement 2004-2005	Besoins budgétaires 2005-2006	Besoins budgétaires 2006-2007	Responsables et collaborateurs DSP	CSSS CH	Cliniques méd.	GMF	Org. Com.	Autres
TN 12	8	[illegible]	x	x						x				x					
TN 13	5	[illegible]	x	x						x				x					
TN 14	5	[illegible]	x	x		x	x							x					
Total TN											[illegible] $	[illegible] $	[illegible] $						

Tableau synthese des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsabilité N	Responsabilité R	Responsabilité L	Population 0-4 ans	Population 5-11 ans	Population 12-17 ans	Population Adultes et aînés	Population Toute population	Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement 2004-2005	2005-2006	2006-2007	Responsables et collaborateurs CSP	CLSC	CH	Cliniques méd.	UMF	Org. Com.	Autres
MI01	A	(1.0 Enquêtes et interventions 1.1 à 1.3) Application des lignes directrices pour l'investigation [illegible] et le contrôle des éclosions tel que prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique	x	x	x					x				x	x	x	x	x		x
MI02	A	(2.1 Vaccination de base et scolaire) Vaccination des enfants contre la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, [illegible]	x	x	x	x	x	x						x	x		x	x		x
MI03	A	(2.1 Vaccination de base et scolaire) Vaccination [illegible] des élèves de 3e secondaire	x	x	x			x						x	x		x	x		
MI04	A	(2.1 Vaccination de base et scolaire) Vaccination [illegible]	x	x	x	x	x							x	x		x	x		
MI05	A	(2.2 Immunisation des clientèles vulnérables) Vaccination contre l'hépatite A des groupes vulnérables [illegible] Programme d'immunisation du Québec	x	x	x					x				x	x		x	x		
MI06	A	(2.1 Vaccination de base et scolaire) (2.2 Immunisation des clientèles vulnérables) Vaccination contre l'hépatite B [illegible] Programme d'immunisation du Québec	x	x	x		x							x	x		x	x		
MI07	A	(2.2 Immunisation des clientèles vulnérables) Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes appartenant aux groupes [illegible] Programme d'immunisation du Québec	x	x	x					x				x	x		x	x		
MI08	A	(2.1 Vaccination de base et scolaire) [illegible] contre les infections à pneumocoque	x	x	x	x								x	x		x	x		
MI09	A	(2.2 Immunisation des clientèles vulnérables) Vaccination contre l'influenza des personnes appartenant aux groupes [illegible] Programme d'immunisation du Québec	x	x	x					x				x	x		x	x		
MI10	A	(2.2 Immunisation des clientèles vulnérables) Vaccination [illegible]	x	x	x					x				x	x		x	x		
MI11	A	(2.4 Immunisation, activités de support) [illegible] de vaccination contre la coqueluche, l'hépatite B et l'influenza	x							x										
MI12	A	(2.4 Immunisation, activités de support) [illegible] de la vaccination	x	x	x					x				x	x		x	x		
MI13	A	(3. Santé et voyage) Protection de la population contre les maladies contractées à l'étranger [illegible] dans un pays en développement	x	x	x					x				x	x		x	x		

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsabilités N	Responsabilités R	Responsabilités L	Population 0-4 ans	Population 5-11 ans	Population 12-17 ans	Population Adultes et aînés	Population Toute population	Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement 2004-2005	2005-2006	2006-2007	Responsables et collaborateurs DSP	CLSC	CH	Cliniques méd.	GMF	Org. Com.	Autres
M 14	A	[illegible]	x	x	x					x				x	x		x	x		
M 15	A	[illegible]	x	x	x					x				x	x	x	x	x		
MI 16	A	[illegible]	x	x						x				x						
MI 17	A	[illegible]	x	x	x	x		x	x					x		x				
MI 18	A	[illegible]	x	x	x			x	x					x	x		x	x		
MI 19	A	[illegible]	x	x	x			x	x					x	x	x				x
M 20	A	[illegible]	x	x	x					x				x	x					x
M 21	A	[illegible]	x	x	x			x	x					x	x		x	x		
M 22	A	[illegible]	x					x	x											
M 23	A	[illegible]	x	x	x			x	x					x	x	x	x	x		
M 24	A	[illegible]	x	x	x					x				x	x	x	x	x		
M 25	A	[illegible]	x	x	x	x		x	x					x	x	x	x	x		
M 26	A	[illegible]	x	x	x			x	x					x	x		x	x		
M 27	A	[illegible]	x	x	x					x				x	x		x	x		
M 28	A	[illegible]	x	x	x					x				x	x		x	x		

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Réponses (N)	Réponses (R)	Réponses (L)	Population 0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes et aînés	Toute population	Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement 2004-2005	2005-2006	2006-2007	Responsables / collaborateurs DSP	CLSC	CH	Cliniques méd.	GMF	Org. Com.	Autres
M 29	A	[illegible]	x	x	x					•				•	•		•	•		
M 30	A	[illegible]	x							•										
M 31	A	[illegible]	x	x	x					•				•	•		•	•		
M 32	A	[illegible]	x	x	x			•	•					•	•		•	•		
M 33	A	[illegible]	x	x	x					•				•	•		•	•		
M 34	A	[illegible]	x	x	x					•				•	•		•	•		
M 35	A	[illegible]	x	x	x					•				•	•		•	•		
M 36	A	[illegible]	x	x	x	•		•	•					•	•		•	•		
Total M											[illegible] $	[illegible] $	[illegible] $							

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsabilités			Population					Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement			Responsables et collaborateurs						
			V	R	I	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes et aînés	Toute population	2004-2005	2005-2006	2006-2007	DSP	CLSC	CH	Groupes communautaires	MRC	[illegible]	Autres
SE 01	A	[illegible]	x	x						•				x						
SE 02	A	[illegible]	x	x						•				x						
SE 03	B	[illegible]	x	x						•				x						
SE 04	B	[illegible]	x							•				x						•
SE 05	A	[illegible]	x	x						•				x						
SE 06	A	[illegible]	x	x						•				x	•	•				•
SE 07	A	[illegible]	x	x						•				x						•
SE 08	B	[illegible]	x	x						•				x						
SE 09	A	[illegible]	x	x	x					•				x	•		•	•		
SE 10	A	[illegible]	x	x						•				x						•
SE 11	A	[illegible]	x	x						•				x						
SE 12	B	[illegible]	x	x						•				x						

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsabilité			Population					Besoins budgétaires pour la consolidation ou le développement			Responsables et collaborateurs						
			N	R	L	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes et aînés	Toute population	2004-2005	2005-2006	2006-2007	DSP	CLSC	CH	Cliniques méd.	GMF	Org. Com.	Autres
SE 13	▲	[illegible]	x	x						x				x						
SE 14	▲	[illegible]	x	x						x				x						
SE 15	▲	[illegible]	x	x						x				x						x
SE 16	▲	[illegible]	x	x						x				x						x
SE 17	▲	[illegible]	x	x						x				x						
Total SE											[illegible]	193 000 $	212 000 $	x						

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsabilité			Population					[illegible]			[illegible]						
			N	R	L	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes de [illegible]	Toute population	[illegible]-2005	2005-2006	2006-2007	[illegible]	CLSC	CH	Organismes [illegible]	[illegible]	[illegible]	Autres
SAT 01	A	[illegible]	X	X	X				•					•	•					1
SAT 02	A	[illegible]	X	X	X				•					•	•					1
SAT 03	A	[illegible]	X	X	X				•					•	•					1
SAT 04	A	[illegible]	X	X	X				•					•	•	•				1
SAT 05	A	[illegible]	X	X	X				•					•	•					1
SAT 06	A	[illegible]	X	X	X				•					•	•					1
SAT 07	A	[illegible]	X	X	X				•					•	•	•				
SAT 08	A	[illegible]	X	X	X				•					•	•					2
SAT 09	A	[illegible]	X	X	X				•					•	•					1
SAT 10	A	[illegible]	X	X	X	•			•					•	•	•	•	•		2
SAT 11	B	[illegible]	X						•											
SAT 12	B	[illegible]	X	X	X				•					•	•					
SAT 13	C	[illegible]		X	X				•					•	•					1
SAT 14	C	[illegible]		X	X				•					•	•					1
SAT 15	C	[illegible]		X	X				•					•	•					1
Total SAT											01	13	28							

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsabilité			Population					Besoins budgétaires pour la consolidation et le développement			Responsables et collaborateurs						
			P	R	L	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes et aînés	Toute population	2004-2005	2005-2006	2006-2007	ESP	CLSC	CH	Cliniques privé	GMF	Org. Com.	Autres
DEVC 01	A	[illegible]		X	X					•				•	•				•	•
DEVC 02	A	[illegible]		X	X					•				•	•				•	•
DEVC 03	A	[illegible]		X	X				•					•	•				•	•
DEVC 04		[illegible]	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
DEVC 05		[illegible]	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
DEVC 06		[illegible]	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
DEVC 07		[illegible]	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
DEVC 08		[illegible]	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Total DEVC											320 000 $	320 000 $	320 000 $							

Tableau synthèse des fiches descriptives du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007

Code	Niveau de priorité	Description de l'activité	Responsa [illegible] N	R	L	Population 0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	Adultes et aînés	Toute population	Besoins budgétaires pour accomplir [illegible] 2004-2005	2005-2006	2006-2007	Responsable(s) [illegible] DSP	CLSC	CH	Cliniques méd.	GMF	Org. Com.	Autres
SURV 01	A	[illegible]	X	X						X				X						
SURV 02	A	[illegible]	X	X						X				X						
SURV 03	A	[illegible]	X	X						X				X						
SURV 04	A	[illegible]	X	X						X				X						
SURV 05	A	[illegible]	X	X																
SURV 06	A	[illegible]	X	X																
SURV 07	A	[illegible]	X	X						X				X						
RECH 01	A	[illegible]	X	X						X				X						
EVAL 01	A	[illegible]	X	X						X				X						
EVAL 02	A	[illegible]		X						X				X						
EVAL 03	A	[illegible]	X	X						X				X						
EVAL 04	A	[illegible]	X	X						X				X						
EVAL 05	A	[illegible]		X						X				X						
Total SRE											[illegible] $	[illegible] $	[illegible] $							
Grand Total											[illegible] $	[illegible] $	[illegible] $							

Liste des références

- DESROSIERS, G., Benoît GAUMER et Othmar KEEL. *La santé publique au Québec - Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975*, Montréal, Gouvernement du Québec, 1998, 187 p. ISBN 2-7606-1708-4.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*, Québec, 2001, 42 p.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé et les services sociaux*, 2000, Québec, 198 p.

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC*, Année budgétaire 2001-2002, Québec, 48 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 2003, 133 p.

«À l'heure de la mondialisation, la santé publique se doit de trouver des solutions préventives et actualisées aux problèmes de santé auxquels la population est confrontée. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* déposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au début de 2003 va dans ce sens...

La démarche d'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique* constitue un exercice de planification stratégique pour la mise en œuvre régionale du *Programme national de santé publique* (PNSP). Il s'inscrit dans une perspective de consolidation et de développement des services de santé publique en Chaudière-Appalaches d'ici mars 2007.»

Dans notre région, les activités découlant du PNSP se concrétiseront par la mise en oeuvre du *Plan d'action régional* qui est ici proposé. Dans ce document, après avoir tracé le contexte entourant la rédaction du *Plan d'action régional* et présenté l'organisation des services régionaux en santé publique, nous vous présentons l'offre de service de santé publique convenue entre la Direction de santé publique et les CLSC de la région pour le premier plan triennal couvrant la période d'avril 2004 à mars 2007.

Document déposé à Santécom (http://www.santecom.qc.ca/): 12-2004-007
ISBN 2-89548-180-6

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Chaudière-Appalaches

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

« À l'heure de la mondialisation, la santé publique se doit de trouver des solutions préventives et actualisées aux problèmes de santé auxquels la population est confrontée. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* déposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au début de 2003 va dans ce sens...

La démarche d'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique* constitue un exercice de planification stratégique pour la mise en œuvre régionale du *Programme national de santé publique* (PNSP). Il s'inscrit dans une perspective de consolidation et de développement des services de santé publique en Chaudière-Appalaches d'ici mars 2007. »

Dans notre région, les activités découlant du PNSP se concrétiseront par la mise en oeuvre du *Plan d'action régional* qui est ici proposé. Dans ce document, après avoir tracé le contexte entourant la rédaction du *Plan d'action régional* et présenté l'organisation des services régionaux en santé publique, nous vous présentons l'offre de service de santé publique convenue entre la Direction de santé publique et les CLSC de la région pour le premier plan triennal couvrant la période d'avril 2004 à mars 2007.

Document déposé à Santécom (http://www.santecom.qc.ca/) : 12-2004-007
ISBN 2-89548-180-6

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Chaudière-Appalaches

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE